平成　年　月　日	名前	体重
↓症状を記入してください		今の体温
①	月　日 午前・午後　時頃～	
②	月　日 午前・午後　時頃～	
③	月　日 午前・午後　時頃～	
④	月　日 午前・午後　時頃～	

薬を服用していますか？

いいえ ・ はい→　市販の薬【　　】

当院で処方された薬

その他医療機関 ・・薬手帳又は薬剤情報をお出し下さい

【　　】

※車でお待ちの方は携帯番号をご記入ください

（　　－　　－　　）