

カナ				性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前					
生年月日	昭和／平成／令和	年	月	日	
住所					
電話番号				国籍	
メール				職業	

1. 現在、次の症状はありますか？

発熱  咳  息苦しさ  頭痛  喉の痛み  味覚・嗅覚異常  筋肉痛

当てはまるものはない

2. 本日はどうなさいましたか？

3. 症状はいつからですか？

BT

4. 交通事故または勤務中のケガや病気によるものですか？

はい  いいえ

5. 今まで、または現在治療中のケガ・病気はありますか？

ある  ない 【病名】

6. 現在飲まれている薬はありますか？

ある  ない 【薬名】

7. 薬や食べ物のアレルギーはありますか？

ある  ない 【詳細】

8. 【女性のみ】現在妊娠中ですか、またはその可能性はありますか？

はい  いいえ

9. 【お子様（～13歳）のみ】飲む薬の形状にチェックしてください。

錠剤  シロップ  粉薬

10. 【お子様（～13歳）のみ】体重をご記入ください。

kg

11. 【旅行者のみ】ご出発日をご記入ください。

## サービス規約

以下の規約をご確認の上、内容をご了承いただける場合にはご署名をお願いします。

1. ニセコインターナショナルクリニック（以下、当院）で発生した治療費は、来院当日にお支払いいただきます。
2. 当院が取得した患者様の診察情報、病床歴、処方箋等を含む個人情報は当院にて以下の理由にのみ使用いたします。  
また、同等の理由においてのみ、第三者に提供させていただきます。
  - ① 必要な治療行為を行うため、また他院への紹介や特別な診察を行うため
  - ② 保険会社からの要請
3. 当院内での写真撮影は、他の患者様のプライバシー保護の観点よりご遠慮いただきます。

ご署名

本日の日付