

Name	漢字	Last Name (姓)	First Name (名)
氏名	ローマ字	Last Name (姓)	First Name (名)
Male · Female	Date of Birth	Age	
男 · 女	生年月日	年 月 日 (満 歳)	
Address In Hong Kong 香港の住所			
Phone Number 電話番号		E-mail メール	
Emergency Contact 緊急連絡先		Name (フリガナ) お名前	Relationship 続柄

Do you have any underlying disease? No Yes
1. 持病や慢性疾患はありますか。 いいえ はい Name of disease
病名

Are you taking any medications regularly? No Yes
2. 定期的に服用している薬はありますか いいえ はい Name of medicine
薬の名前

Have you ever been admitted or got a surgery?
3. 今までに手術や入院の経験はありますか。
 No Yes
 いいえ はい Disease
病名: _____ When
いつごろ: _____

Do you have drug allergy? No Yes
4. 薬でアレルギー反応が起きたことはありますか。 なし あり()
Symptom
症状: _____

Do you have food allergy? No Yes
食べ物でアレルギー反応が起きたことはありますか。 なし あり()
Symptom
症状: _____

Have you ever got side effect by any medications? No Yes
薬で副作用を起こしたことはありますか。 なし あり()
Symptom
症状: _____

Do you smoke? No Yes /day for years
5. たばこは吸いますか。 いいえ はい(1日 _____ 本、_____ 年間)

Do you drink alcohol? No Yes
6. アルコールは飲みますか。 いいえ はい

If "YES" Variety glasses/time everyday sometimes 2-3 times/month
はいの場合: 種類: _____、1回 _____ 杯、 毎日 時々 月に2~3回

Check the vaccines you have already done
7. 下記の予防接種で完了しているものにチェックをつけ、()内に接種時期をご記入ください。
Hepatitis A Hepatitis B Tetanus Rabies
 A型肝炎 () B型肝炎 () 破傷風 () 狂犬病 ()

When did you come to Hong Kong?
8. 香港にはいつ来ましたか。 _____

How did you know us?
9. 弊院をどのようにお知りになりましたか。
■フリーペーパー、各種媒体 (Free magazines/Media)
 Concierge LEI PPW 香港ポスト ジャピオン
 香港便利帳 ぼけっとページ その他の媒体(_____)
■インターネット (Others)
 香港ママの便利帳 Facebook
 Yahoo!(検索ワード: _____) Google(検索ワード: _____)

■その他
 ご紹介者様() 例) 親族、ご友人、同僚、弊院スタッフなど

Please fill in if you have any concern or advance notifications.
10. 不安な点や事前に伝えたいことがあればご記入ください。