

当院以外で現在服用中のお薬は？（ ない ・ ある ）	ある場合、薬名
アレルギーをおこす薬や食物がありますか？（ ない ・ ある ）	ある場合、具体的に
今までけいれんをおこしたことがありますか？（ ない ・ ある ）	ある方は、いつ頃
住所・電話番号・健康保険証に変更がありますか？（ ない ・ ある ）	
何か質問や要望がありますか。	