

診療の前におうかがいたします。 平成 年 月 日

ふりがな

お名前

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳

住所 〒 -

電話番号: -

携帯番号: -

1、本日はどのような症状で受診されますか？具体的にお願いいたします。

2、何かご病気はお持ちですか？

いいえ ・ はい → 高圧血・糖尿病・心疾患・喘息・悪性腫瘍

その他 ( )

3、今までに手術や入院治療などを受けたことがありますか？

いいえ ・ はい → (内容: )

4、現在お薬を使用していますか？

※お薬手帳をお持ちの方は、受付へご提示ください。

いいえ ・ はい → (内容: )

5、お薬などでアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ ・ はい → (内容: )

6、妊娠中ですか？ → いいえ ・ はい ( 月)

7、授乳中ですか？ → いいえ ・ はい

8、当院を何で知りましたか？

直接みて・家族の受診・知人友人から・看板・インターネット・電話帳

その他 ( )

9、その他何かご希望がありましたらご記入ください。

( )