

診療の前におうかがいいたします。 令和 年 月 日

ふりがな _____

お名前 _____

生年月日 大正・昭和・平成・令和 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 → 高血圧・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。

()