

はじめて来院された方へ

〔下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください。〕

ID. _____
平成 年 月 日

ふりがな		男	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前		女	被保険者(世帯主)との続柄			
ご住所	〒			電話	()	

- なぜ当院を選ばれましたか？番号を○で囲んでください。
 ①自宅や職場に近いから ②家族・知人の紹介(お名前：)
 ③チラシ ④インターネット ⑤駅の看板 ⑥道路沿いの看板
- 本日はどうされましたか？
()
- いつからどのような症状ですか？
()
- 同様の症状で他院を受診されたことがありますか？
 あればその時の病名と治療内容をお書きください。
 ない・ある ()
- 過去に大きな病気(入院、手術など)をしたことがありますか？
 あればいつ頃で、どういう病名ですか？
 ない・ある ()
- 現在治療中の病気はありますか？
 あれば病名をお書きください。
 ない・ある ()
- 今までに飲み薬、ぬり薬、点滴などでじんましん、呼吸困難などの
 アレルギー症状が出たことはありますか？
 あれば薬の名前と症状をお書きください。
 ない・ある ()
- 現在妊娠中あるいは妊娠の可能性のある方は、医師にお申し出ください。
 可能性なし・可能性あり
 妊娠 () か月