

診察を受けられる方へ

平成 年 月 日

ふりがな		明 大 昭 平
お名前	様 男 女	年 月 日生 ()才
住 所		電話 ()
① 本日はどうされましたか。		体重 kg

② それはいつ頃からでしょうか。

③ 今までに大きな病気にかかったことがありますか。

•いいえ •はい→ (病名)

④ 現在他の病院、診療所などに通院しておられますか。

•いいえ •はい→ ()

⑤ 今までに薬や注射で副作用やアレルギーがでたことはありますか。

•いいえ •はい→ ()

⑥ (女性の方へ) 現在妊娠している、あるいは妊娠の可能性がありますか。

•いいえ •はい

⑦ ご希望されることがございましたら、ご記入ください。

(例えば点滴をしてほしい、精密検査をしてほしい…… など)

⑧ 当医院を受診されるのは

•はじめて •平成 年 月頃来たことがある