

はじめて来院された方へ

以下は診察に必要な事柄ですので、ご協力をお願いします。
ご記入いただいた情報は厳重に管理し、診療行為にのみ使用いたします。

令和 年 月 日

フリガナ		性別
お名前		男・女
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 年齢 才	
ご住所	〒 電話() 携帯()	
当院をお知りになった理由	自宅が近い・家族の紹介・知人の紹介・職場が近い 看板を見た(駅・電柱・イオン前)・チラシ、広告を見た・ホームページを見た その他()	

海外旅行から帰って来たばかりで、下痢や発熱、咳などの症状の方は先にお知らせください。

- (1) 今日どのようなことで来られましたか？
(お腹が痛い、熱がある、健康診断で異常があった等)
- (2) いつからですか？
- (3) 今までに大きな病気をしたり、手術を受けたことがありますか？
なし・あり
- (4) 現在、服用中の薬はありますか？
なし・あり
- (5) 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？
なし・あり
- (6) (女性のみ)現在、妊娠している可能性はありますか？
なし・あり

ご協力ありがとうございました。