

初めて来院された方へ

ふりがな

氏名 _____ 男・女 生年月日 M・T・S・H 年 月 日(歳)

住所 〒 _____

電話番号 _____

日中連絡の取りやすい携帯電話番号など _____

下記の項目について記入または○で囲んでください。

1. 今日どのようなことで来られましたか？

例:お腹が痛い、咳がひどい、尿が出にくい、皮膚がかゆいなど

2. 今までに大きな病気をしたことがありますか？

はい(病名 _____) ・ いいえ

3. 今までにアレルギーや特異体質と言われたことがありますか？

はい ・ いいえ

4. 今まで薬を飲んだり、注射を受けたあとで気分が悪くなったり、体にかゆみやボツボツが出たことがありますか？

はい ・ いいえ

5. 今飲んでいる薬はありますか？ はい(_____) ・ いいえ

6. アルコールは飲みますか？ はい ・ いいえ

7. タバコは吸いますか？ はい ・ いいえ

8. (女性の方へ)現在、妊娠していますか？ はい ・ いいえ

9. 当院をどのようにして知りましたか？

インターネット・看板・広告・その他(_____)

ご記入いただきました個人情報は、診療行為以外の目的には使用いたしませんのでご安心ください。ご協力ありがとうございました。

信濃町診療所 Clinica Medica