

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電話帳広告 ④インターネット ⑤道路沿いの看板
 - ⑥その他（ _____ ）
2. 本日はどうされましたか？
（ _____ ）
3. いつからどのような症状ですか？
（ _____ ）
4. 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（ _____ ）
5. 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（ _____ ）
6. 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（ _____ ）
7. 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（ _____ ）
8. 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