

# はじめての患者さまへ

平成 年 月 日

フリガナ		
氏 名		男 ・ 女
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年 月 日生
ご 職 業		
住 所	〒 □□□□-□□□□ 郵便番号は必ず記入してください。	
電 話	( ) — —	
携帯電話	— —	
どのようにして当院をお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 近所なので <input type="checkbox"/> タウンページ(電話帳)を見て <input type="checkbox"/> 家族からの紹介 <input type="checkbox"/> インターネットを見て <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 ( 様より) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

診療の参考とさせていただきますので、下記の項目についてご記入ください。

◇ どのような症状で来院されましたか？

頭 痛	め ま い	だ る い	食欲がない
発 熱 _____ 度	悪 寒	せ き	た ん
胸が痛い	血圧が高い	動 悸	息 切 れ
おなかが痛い	吐 き 気	胸 や け	下 痢
首 肩 腰 手足 が痛い	便 秘	その他 ( )	

◇ これらの症状はいつから始まりましたか？

本 日            数 日 前            数 週 間 前            1 ヶ 月 前

◇ これまでにかかった主な病気やけがはございますか？

な い            あ る (            歳 の 時 刻 )

◇ お薬や食べ物によるアレルギーはございますか？

な い            あ る ( どの よう な も の で す か ? )

◇ アルコールやたばこは一日どれぐらいのみますか？

吸わない ・ 吸う (            本 を            年 間 )  
 飲まない ・ 飲む ( ビール ・ 焼酎 ・ 酒 ・ ワイン を            ml            本 )

ご協力ありがとうございました。 **永田医院**