

初診、住所・電話番号等に変更のある方は以下に、記入して下さい。

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 年齢 _____ 才
男・女

郵便番号： _____

住所： _____

自宅電話： _____ 緊急時番号： _____

※携帯番号： _____ 身長： _____ cm 体重： _____ kg

↑ あれば必ず記入お願いします。

☆ 医療情報を提供してはいけない場合、下記の該当箇所に○を付けて下さい。

同居家族() 友人() 親戚() 職場() 学校()

本日はどうされましたか？ 医師に直接話したい方はここにチェック

_____ 日前から

・以下、ある場合は記入ください。

眠たくなる薬の服用(薬品名) [_____]

胃が弱い〔はい・いいえ〕 今までの重病 [_____]

痛み止めで胃が痛くなりますか？〔はい・いいえ〕

薬の副作用〔(有・無) _____]薬品名と症状[_____]

現在治療中の病気 [_____] 服用中の薬 [_____]

・診療の希望に○を付けて下さい。

治療のみ() 原因究明の検査だけ() 検査と治療の両方()