

フリガナ	(既婚 ・ 未婚)
お名前 :	性別 : 男 ・ 女
生年月日 :	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所 :	(〒 -)
携帯電話 :	()
電話 :	() -
ファックス :	() -
緊急連絡先	(血液データの悪化時など、至急の連絡が発生した際に必要です。かならず記入してください。)
:	携帯メール _____ *メールアドレス記入の際は、アンダーバー(_),
:	パソコンメール _____ ハイフン(-):中黒(・),
:	その他(必ず連絡が出る連絡先) _____ ドット(.)の区別は、はっきりとお願いします。

今回来院された主な理由:

◎診療する際に重要なデータとなりますので、必ずご記入ください。

* 有 の場合、原因がわかっている場合は具体的に記入してください。

アレルギー : 無 ・ 有 ()

薬の副作用などで治療を受けた経験はありますか?:

無 ・ 有 (_____ 歳、)

有 (_____ 歳、)

既往症(今までにかかった病気はありますか?):

無 ・ 有 (_____ 歳、)

有 (_____ 歳、)

有 (_____ 歳、)

手術を受けたことはありますか?:

無 ・ 有 (_____ 歳、)

有 (_____ 歳、)

有 (_____ 歳、)

輸血を受けたことはありますか?:

無 ・ 有 (_____ 歳、)

今日はお食事をされましたか? (はい いいえ)

はい、と答えられた方: 最後の食事は何時ごろですか? _____ 時頃

当院をお知りになったのは: 1. 病院の紹介 2. 知人の紹介 3. 近くを通過して(看板など)
4. 産業医/健診医 5. インターネット 6. その他()

☆保険証番号・連絡先(住所・電話番号)などの変更は必ずお申し出ください。

☆ご記入いただいた内容はカルテの記載や診療に使われるもので、他に流用されることはありません。

当院で記入 身長: _____ 体重: _____