

はじめて診察に来られた患者さんへ

○下記の質問に簡単に記入してください。

年 月 日

フリガナ
1 お名前

ご紹介者があればお書きください。

生年月日

年

月

日

住所、電話、保険証に記入されていない方のみ

住所

電話

2 本日はどうなさいましたか。 症状など、気になる点をお書きください。

(

)

(

)

3 現在、他院にかかっておられますか。又は持病がありますか。

(はい いいえ)

高血圧

糖尿病

心臓病

胃潰瘍

その他 (

)

4 今までに大きな病気にかかった事がありますか。

(はい いいえ)

(

) 年ぐらい前に (

)

5 特定の薬等で、じんましんがでたり体の調子がおかしくなった事がありますか。

(はい いいえ)

6 現在、妊娠中、及び可能性がありますか。

(はい いいえ)

医療法人

おがわクリニック

