

初めて来られた方へ

住所 〒 -			
フリガナ 氏名		男 女	生年月日 T・S・H 年 月 日
電話番号() -		携帯電話 - -	
お勤め先の電話番号 () -		職業	
体温 度 体重 kg		勤務先への連絡は可能ですか？ 可 ・ 不可	

1. 今日はどうなさいましたか？(具体的にお聞かせ下さい。)

--

2. その症状はいつ頃からですか？

--

3. 今までに大きな病気をしたことがありますか？

ない、ある …どんな病気ですか？具体的にお書き下さい。

○肝炎にかかったことがありますか？ ある ない わからない

○輸血を受けたことがありますか？ ある ない

4. 現在治療を受けている病気がありますか？

ない、ある …どんな病気ですか？具体的にお書き下さい。

5. 現在飲んでいる薬はありますか？

ない、ある …どんな薬ですか？具体的にお書き下さい。

6. 薬を飲んで具合が悪くなったことはありますか？

ない、ある …どんな薬ですか？具体的にお書き下さい。

7. 薬以外(食べ物等)のアレルギーはありますか？

ない、ある …具体的にお書き下さい。

8. お薬の剤形の希望はありますか？

ある ・錠剤 ・粉薬

ない (何でも飲める)

9. 女性の方で、妊娠の可能性のある方や授乳中の方はお知らせ下さい。

妊娠の可能性あり・現在妊娠中(週) 妊娠の可能性なし 不明

現在授乳中(お子さんは ヶ月)

●当院をご存知でしたか？ はい、いいえ

はいと答えの方へ…どのようにお知りになりましたか？

・ホームページを見て ・知人の紹介 ・家が近所

・その他

個人情報 は当院で定めた利用目的の範囲で利用いたします。