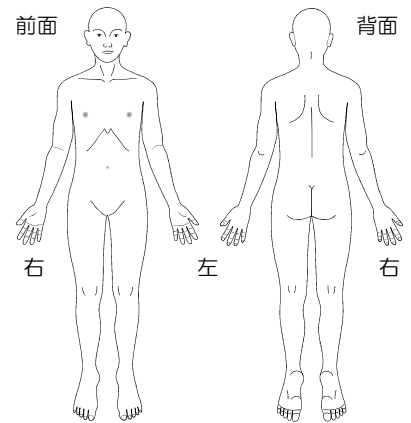


フリガナ			生年月日	大・昭・平・令	
お名前	男・女		年	月	日(満歳)
ご自宅	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 住所				
	自宅TEL ( )		携帯TEL ( )		
勤務先	会社名		会社TEL ( )		
	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 住所				

1. 本日の受診の目的や症状などを下記に記入し、具合の悪い場所を右図にお示してください。

**今日はどうなさいましたか？ 症状などを具体的にお書きください。**



**それは、いつ頃からですか。( ) 頃から)**

- けが、やけど、事故など外傷の方は、下記の内容に○でお答えください。  
 受傷の状況は？ 【 勤務中・通勤中・交通事故・その他： ( ) 】
  - 現在、治療のため通院・内服をしている病気はありますか。  
 【 ない・ある 】 病名・薬の種類はどのようなものですか。  
 ( )
  - 今までに長期通院・入院・手術などをしたことがありますか。  
 【 ない・ある 】 それはいつ頃、どのような病気でしたか。  
 ( )
  - 薬で副作用が出たことがありますか。  
 【 ない・ある 】 それは何という薬ですか。またはどのような病気の時に服用したものですか。  
 ( )
  - 特別な体質がありますか。  
 【 ない・ある 】 それはどのような体質ですか。  
 ( )
  - その他、健康面で心配なことはありますか。  
 【 ない・ある 】 気になっていることがありましたら、ご記入ください。  
 ( )
  - 当院をどのようにしてお知りになりましたか。該当する番号、【 】内の項目に○でお答えください。  
 1. 紹介【知人・家族・医療機関】 2. 近所なので知っていた【自宅・職場】 3. インターネット【当院ホームページ・Google(マップ・広告)・Yahoo!・EPARK・e-doctors・caloo・病院ナビ・その他サイト( )】 5. その他:
  - 女性の方のみお答えください。現在妊娠、または妊娠の可能性がありますか。  
 【 ない・ある 】 **\*妊娠の有無により、検査・投薬の内容が変わることがあります。**
- ◎ 当院では患者様とり違い防止の立場から、原則としてお名前による呼び出しを行っておりますが番号による呼び出しにも対応いたします。ご希望の方はお申し出ください。

**※ 感染する可能性のある発疹(はしか、水ぼうそう、風しんなど)のある方はすぐにお申し出下さい。**