

フリガナ	( 既婚 ・ 未婚 )
お 名 前 :	性別 : 男 ・ 女
生 年 月 日 :	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 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 _____ : パソコンメール _____ : その他(必ず連絡が出来る連絡先) _____	*メールアドレス記入の際は、アンダーバー( _ ), ハイフン(-):中黒(・), 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. 近くを歩いて(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・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。