

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 :	(〒 -)
電 話 :	() -
フ ァ ッ ク ス :	() -
(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。)	
緊急連絡先 :	携帯電話 _____
	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(_),ハイフオン(-),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. 近くを通って(看板など)
4. タウンページ 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。