



はじめて来院された方へ

令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日生
お名前				
ご住所	〒		電 話	()

現在の体温 (°C)

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

1. 今日はどのようなことでございましたか？

胃痛 腹痛 風邪症状 おしりの痛み・血便 外科

その他 ()

・ それはいつ頃ですか？ (日から) (日前ごろから)

2. 下痢や便秘をしていますか？

いいえ はい (下痢 ・ 便秘)

3. 今飲んでいる薬はありますか？

お薬手帳をご提示下さい。お控えを取らせていただきます。

いいえ はい ()

4. 今までに薬や注射でアレルギー反応が出たことがありますか？

いいえ はい

5. いままでに入院をされたことがありますか？

いいえ

はい 病名は : ()

6. 手術を受けたことがありますか？

いいえ はい

7. 輸血を受けたことがありますか？

いいえ はい

8. その他、伝えておきたいことがあればご記入ください。

()

当院は、個人情報を当院規定の目的のみに利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。
個人情報の取り扱いについてお気づきの点がございましたら、窓口までお気軽にお申し出下さい。