

# はじめて診察に来られた患者さんへ

○ 下記の質問に簡単に記入してください。

フリガナ

---

1 お名前	年齢	生年月日
	歳	明治 大正 昭和 平成 年 月 日

---

〒  
住所 電話

---

2 現在、他の医院にかかっておられますか？または持病がありますか？

( はい 、 いいえ )

高血圧、糖尿病、心臓病、胃潰瘍、歯科、耳鼻科、その他( )

---

3 今までに大きな病気にかかったことがありますか？

( はい 、 いいえ )

( ) 年くらい前に( )

---

4 特定の薬等で、じんましんがでたり体の調子がおかしくなった事がありますか？

( はい 、 いいえ )

薬名は院長に診察の時にお話ください。

---

5 現在、妊娠中またはその可能性がありますか？

( はい 、 いいえ )

---

6 当院の存在をどのようにしてご存じになりましたか？

当ビルの看板・窓 駅の広告 新聞広告 インターネット  
知人の紹介 その他( )