

ふりがな _____ 生年月日 _____
 氏名 _____ 男・女 _____ 明・大・昭・平 _____ 年 月 日 (才)

住所 _____ 電話 _____

勤務先(会社名) _____ 職業 _____ 電話 _____
 学校名 _____ 学年 _____

☆ 紹介状等をお持ちの方は受付窓口にお出し下さい ☆

I. 来院されたことについてご記入下さい。

1) 右図の心配な部位に○印を付けて下さい。

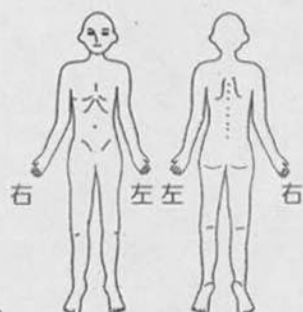
部位 ()

2) いつごろ

①今日 ②昨日 ③ 週間位前から

3) 何か思い当たる原因

①交通事故 ②業務上の負傷 ③通勤途中の負傷
 ④わからない ⑤その他 ()



II. 注射・投薬・X線撮影などの参考に致しますので、次の事項にお答え下さい。

- | | | |
|---------------------|-----------|-------|
| 1) 薬の過敏症(アレルギー) | ある | ない・不明 |
| 2) 胃・肝臓・その他の内科疾患 | ある | ない |
| 3) ふだん飲んでいる薬はありますか。 | ある | ない |
| 本日持参していますか。 | はい | いいえ |
| 4) 湿布にかぶれますか。 | はい | いいえ |
| 5) 妊娠 | している (月) | していない |
| 授乳中 | はい | いいえ |

III. これまでにかかった主な病気をご記入下さい。

病名) _____ いつごろ) _____

IV. 当院をどのように知りましたか?

以前から知っていた 偶然 知人・家族の紹介 他院からの紹介
 広告 ホームドクター インターネット その他 ()

来院方法をお教え下さい。

自家用車 タクシー バス 地下鉄 自転車 徒歩
 その他 ()