外科外来受診の方へ

年　　月　　日

フリガナ
氏名　　生年月日　M・T・S・H　　年　　月　　日（　　歳）

性別　男・女　　身長　　cm　　体重　　kg　　血圧（　　/　　）

住所　〒（　　－　　）

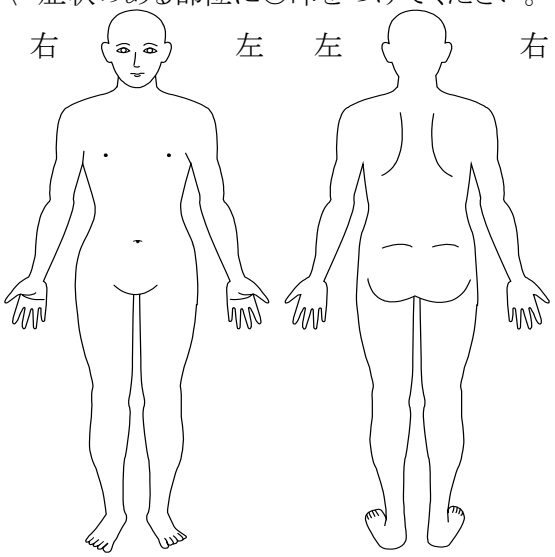
電話番号　ご自宅　　携帯

紹介状　□あり　□なし　持参フィルム・CD　□あり　□なし　※お持ちの方は受付へお渡しください。

■どのような症状ですか。　具体的にご記入ください。

（　　）

〈　症状のある部位に○印をつけてください。　〉



■いつ頃からですか。　（　　月　　日　）頃

■原因はありますか。

（　　）

■今回の症状で他の病院などで治療を受けていますか。

□いいえ　　□はい　　病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿

■今までにかかった病気や手術、治療中の病気があれば、ご記入ください。

（　　）

■薬のアレルギーはありますか。　□なし　□あり　（　　）

■食べ物のアレルギーはありますか。　□なし　□あり　（　　）

その他：

■現在、飲んでいる薬はありますか。

□なし　　□あり　　薬品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　病院名：＿＿＿＿＿＿＿＿

※お薬手帳をお持ちの方は、診察室にてお見せください。

■女性の方へ

現在妊娠中（可能性も含む）、授乳中ですか。　□いいえ　□はい

■ご来院のきっかけをお選びください。

□家・会社・学校が近所　□知人・家族の紹介　□他医からの紹介

□専門医だから　□インターネット　□その他（　　）

ご協力ありがとうございました。　記入が終わりましたら受付にお持ちください。

誠真会　関目病院