

年 月 日

ふりがな

明治・大正・昭和・平成

お名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

ご住所 〒 _____

お電話番号 _____ 緊急連絡先 _____

1. いつから、どうされましたか？

2. 今までにお薬・注射・食べ物などで、あわなかったことはありますか？
はい ・ いいえ (具体的に _____)

3. 今までに大きなご病気をされたことはありますか？
はい ・ いいえ (具体的に _____)

4. 現在治療中のご病気、服用中のお薬はありますか？
はい ・ いいえ (具体的に _____)

5. 女性の方にお聞きします。現在ご妊娠されていますか？
はい ・ いいえ ・ あるかもしれない

6. 本日御来院のきっかけを教えてください。
 近いから 人に聞いて 看板・広告・宣伝を見て