

記載年月日

年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日	T・S・H	年	月	日生
		年齢				才

他の病院からの紹介ですか？ いいえ はい() 紹介状(有・無)

※紹介状を持参された方はこの欄の記入は不要です。次の質問へ進んで下さい。

今日はどうなさいましたか？ 検診の再検査 症状があるため

(症状がある方へ) いつからどのような症状がありますか？
できるだけ詳しくお書き下さい。

現在、通院中の病院や内服中の薬はありますか？ はい いいえ
(はいの方)こちらにご記入下さい。 *おくすり手帳がありましたら用意して下さい。

今まで、入院・手術・輸血をしたことがありますか？ はい いいえ
(はいの方)こちらにご記入下さい。

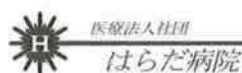
才 病名	病院名	(入院/手術/輸血)
才 病名	病院名	(入院/手術/輸血)
才 病名	病院名	(入院/手術/輸血)
才 病名	病院名	(入院/手術/輸血)
才 病名	病院名	(入院/手術/輸血)

アレルギーはありますか？ はい いいえ
(はいの方)わかれば、薬や食べ物などの名前をご記入下さい。

たばこ	<input type="checkbox"/> 吸う(1日 本) <input type="checkbox"/> 吸わない
アルコール	<input type="checkbox"/> 飲む(毎日・週 回・月 回・年 回)1回量() <input type="checkbox"/> 飲まない

女性の方へ 現在妊娠又はその可能性がありますか？ はい いいえ

* 記入が終わりましたら、この用紙はそのままお手元にお持ち下さい。
* ご協力ありがとうございました。



NSサイン