

初めて当院におかかりになる方におかかりになる方におたずねします

フリガナ \_\_\_\_\_ 男  
お名前 \_\_\_\_\_ 女  
\_\_\_\_\_ 無回答 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

☆ご家族の連絡先（緊急時）お名前 \_\_\_\_\_ 続柄（ \_\_\_\_\_ ）  
電話番号 \_\_\_\_\_

- 1 当院をどのようにしてお知りになりましたか？  
近所 ホームページ 紹介（病院・ \_\_\_\_\_ 知人・ \_\_\_\_\_ さま）
- 2 現在通院している病院、クリニックがあれば教えてください。  
また、現在服用されているお薬を全て教えてください。お薬手帳があれば見せてください。

- 3 お薬や食べ物でアレルギーはありますか 無 / 有（ \_\_\_\_\_ ）
- 4 過去に病気や手術があれば教えてください 無

年 月 日	病院	病名 治療内容

- 5 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg
- 6 喫煙されたことはありますか 無  
以前吸っていた \_\_\_\_\_ 才～ \_\_\_\_\_ 才 \_\_\_\_\_ 本/日  
有 \_\_\_\_\_ 本/日
- 7 飲酒されますか はい \_\_\_\_\_ ml/日 機会飲酒  
いいえ \_\_\_\_\_
- 8 通院手段を教えてください 電車 車 タクシー 自転車 徒歩
- 9 家族構成、同居家族を教えてください

☆裏面もご記入お願いします

