

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

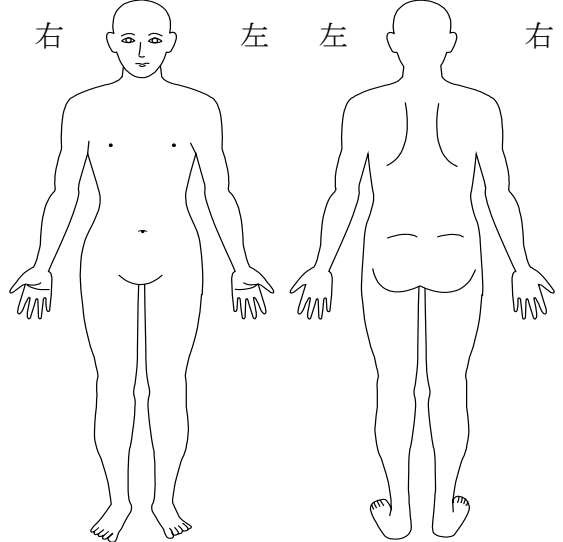
紹介状 あり なし 持参フィルム・CD あり なし ※お持ちの方は受付へお渡しください。

■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。 〉

右 左 左 右



■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。