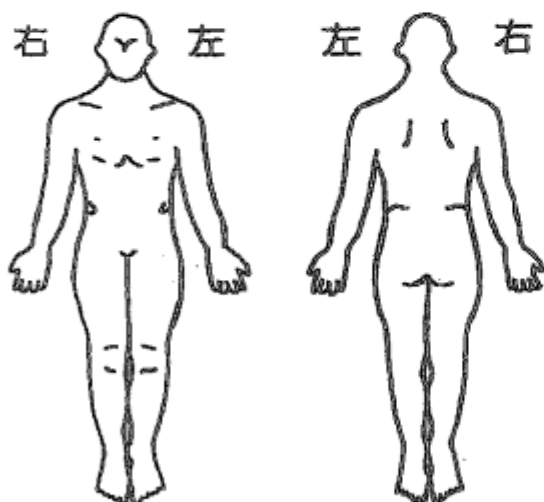


おたずね

ふりがな		生年月日	年 月 日 (才)
お名前	様 男・女	身長	cm
住所	〒 —	体重	kg
電話番号		職業	

1. 具合の悪いところに○をつけて下さい。



①いつから

()

②何をして

()

③どこが

()

④どんな時に痛みますか？

()

⑤当院に来られるまでに、他の病院・医院で何か治療をしましたか？

()

2. アレルギーはありますか？

ある (薬 注射) なし
 (食品 その他)

3. 現在、治療中の病気はありますか？

ある (病名・病院名) なし

4. いま、飲んでいる薬はありますか？

ある (薬剤名) なし

5. 今までに大きな病気や、手術をしたことはありますか？

ある (病名・病院名・いつ) なし

6. 女性の方におたずね致します。現在妊娠、又は妊娠の可能性はありますか？

ある なし

7. 当院を通院先に選ばれたきっかけを教えてください。

()