

フリカナ

お名前

性別

男・女

生年月日

T・S・H・R

年

月

日

(才)

住所 〒

電話番号



(

)

1. 具合が悪く感じたことはありますか？

ある → いつ頃から

どこが

ない

どのように

2. 感染機会はありましたか？

ある → いつ頃ですか？

・ ない

3. 現在治療中の病気はありますか？

ある →

・ ない

4. 医師や看護師に話しておきたい事や心配な事があれば記入してください。**5. 当院を何で知りましたか？**

電柱看板・駅看板・インターネット・家族紹介・知人紹介・他院から紹介

職場が近い・実家の近く・数年前に来院した・最近引っ越してきた

ワクチンの予防接種で来院した事がある・その他

これより下は医師が記入いたします↓

症状	処方・処置等