

当院へはじめて来院された方へ

下記の項目について、御記入または をつけてください。

平成 20年 月 日

ふりがな		男	生年月日
お名前		・	明治・大正
		女	昭和・平成 年 月 日生
ご住所	〒		電話番号
			()

1. 本日は、どのようなことで来院されましたか？

(例: 熱がある、咳がひどい、おなかが痛い、など)

()

2. 今までに大きな病気にかかったことはありますか？

いいえ ・ はい (具体的に)

3. 今まで、薬や注射を受けたあとなどに体に痒みを感じたり、アレルギーといわれたことはありますか？

いいえ ・ はい (具体的に)

4. 現在、治療中の病気や服用している薬はありますか？

いいえ ・ はい (具体的に)

5. 女性のかたにうかがいます。

・ 妊娠をされていますか？ いいえ ・ はい (ヶ月)

・ 授乳をされていますか？ いいえ ・ はい

よろしければアンケートにご協力ください

本日はホームページをごらんになっていらっしゃいましたか？

いいえ ・ はい

ご協力ありがとうございました。 診察まで、しばらくお待ちください。

和田クリニック