

初めて受診される方に

佐野内科医院

お手数ですが、以下の質問にご記入の上、受付にお出し下さい。

- お名前 ふりがな [] (男性 ・ 女性)
- 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
- ご住所 [〒 -]
- お電話・携帯番号 () - -
- 身長 [] cm ・ 体重 [] kg
- 当院を受診された理由は何ですか？
- 風邪 [熱 (°C) ・ のどの痛み ・ せき ・ くしゃみ
鼻水 ・ 鼻づまり ・ 痰 ・ 頭痛 ・ その他]
- お腹 [腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 吐いた ・ その他]
- 検診で精密検査を受けるように言われた ・ 検査希望
- 他の病院から紹介された
- 上記以外 []
- 自覚症状についてお書き下さい
[]
- 現在、治療を受けている病気がありますか？
(はい ・ いいえ)
病名 [] 昭和・平成 [] 年
- 常用しているお薬がありますか？
(はい ・ いいえ)
お薬名 []
- 注射・飲み物・食べ物などで、何か異常がおこったことがありますか？
(はい ・ いいえ)
- タバコは吸われますか？
(はい ・ いいえ) → 1日 [] 本 [] 歳から
- お酒は飲みますか？
(はい ・ いいえ) → 毎日 ・ 時々
- 女性の方にお尋ねします
・ 生理 (順調 ・ 不順 ・ 閉経) ・ 最終生理 (月 日 ~ 月 日)
・ 妊娠中 (はい ・ いいえ) ・ 授乳中 (はい ・ いいえ)
- 当院をどこでお知りになりましたか？
知人の紹介 ・ 新聞広告 ・ インターネット ・ 近所 ・ その他 ()