

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 () (男性・女性)
- 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
- ご住所 (〒 -)
- お電話番号 ()
- 身長 () cm ・ 体重 () kg
- 当院を受診された理由はなんですか？
- 風邪 (熱 (°C) ・ のどの痛み ・ せき ・ くしゃみ)
(鼻水 ・ 鼻づまり ・ 痰 ・ 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られるように言われた ・ 検査必要
- 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 () 年頃
- 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)
妊娠中 (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・その他 ()