

はじめて来院された方へ

令和 年 月 日

フリガナ	
ご氏名	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 才

フリガナ	
ご住所	〒
電話番号	()

勤務先名	
勤務先ご住所	〒
勤務先TEL	()

※紹介者のある方はご記入ください	紹介者 お名前：
------------------	----------

当院をどのようにして知りましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人等の紹介 <input type="checkbox"/> 看板・近くだから <input type="checkbox"/> その他
--

1	本日は何科をご希望ですか？（○で囲んで下さい。）
	・内科 ・皮膚科（アレルギー科） ・痛風外来 ・リウマチ科 ・膠原病 ・泌尿器科 ・精神科 ・自由診療

2	どのような症状ですか（どこが・いつから・どのように）

3	アレルギーはありますか？（有無を○で囲んで下さい。）
無 ・ 有	※アレルギーをご記入下さい。

4	現在飲んでいるお薬・今までにかかった病気（現在治療中も）