

曾野医院初診受付表

年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	年 月 日	才
住所	〒			職業
電話番号	①自宅 ()		②携帯 ()	

1. いつからどのような症状ですか？

2. 現在治療中の病気がある人のみ、病名と内服薬を記入してください。

3. 過去に大きな病気をしたことがある人のみ、病名と発症時期(又は年齢)を記入してください。

4. 喫煙歴がある人のみ記入してください。

()していた ___歳から___歳まで 一日平均___本
()している ___歳から 一日平均___本

5. 飲酒歴がある人のみ記入してください。

()していた ___歳から___歳まで
()している ___歳から

アルコールの種類と一日量

6. 血縁者で大きな病気にかかれた人がいる場合は、続柄と病名を記入してください。

7. 当院を何で知りましたか？

()インターネット
()看板(近所)
()紹介→紹介者[]
()その他→[]

8. その他、医師に伝えたいことがあれば記入してください。