

はじめて来院された方へ

〔下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください。〕

ID. _____

平成 年 月 日

ふりがな		男	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前		女	被保険者(世帯主)との続柄			
ご住所	〒 _____			電話	()	

1. なぜ当院を選ばれましたか？番号を○で囲んでください。

- ①自宅や職場に近いから ②家族・知人の紹介（お名前： _____）
 ③電話帳広告 ④インターネット ⑤道路沿いの看板
 ⑥その他（ _____ ）

2. 本日はどうされましたか？

（ _____ ）

3. いつからどのような症状ですか？

（ _____ ）

4. 同様の症状で他院を受診されたことがありますか？

あればその時の病名と治療内容をお書きください。

ない・ある（ _____ ）

5. 過去に大きな病気（入院、手術など）をしたことがありますか？

あればいつ頃で、どういう病名ですか？

ない・ある（ _____ ）

6. 現在治療中の病気はありますか？

あれば病名をお書きください。

ない・ある（ _____ ）

7. 今までに飲み薬、ぬり薬、点滴などでじんましん、呼吸困難などの

アレルギー症状が出たことはありますか？

あれば薬の名前と症状をお書きください。

ない・ある（ _____ ）

8. 現在妊娠中あるいは妊娠の可能性のある方は、医師にお申し出ください。

可能性なし・可能性あり

妊娠（ ）か月



KAWADA UROLOGY CLINIC

かわだ泌尿器科
クリニック