

ふりかな.....

1 氏 名 \_\_\_\_\_ 男・女 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 \_\_\_\_\_ 才

2 〒 □□□-□□□□

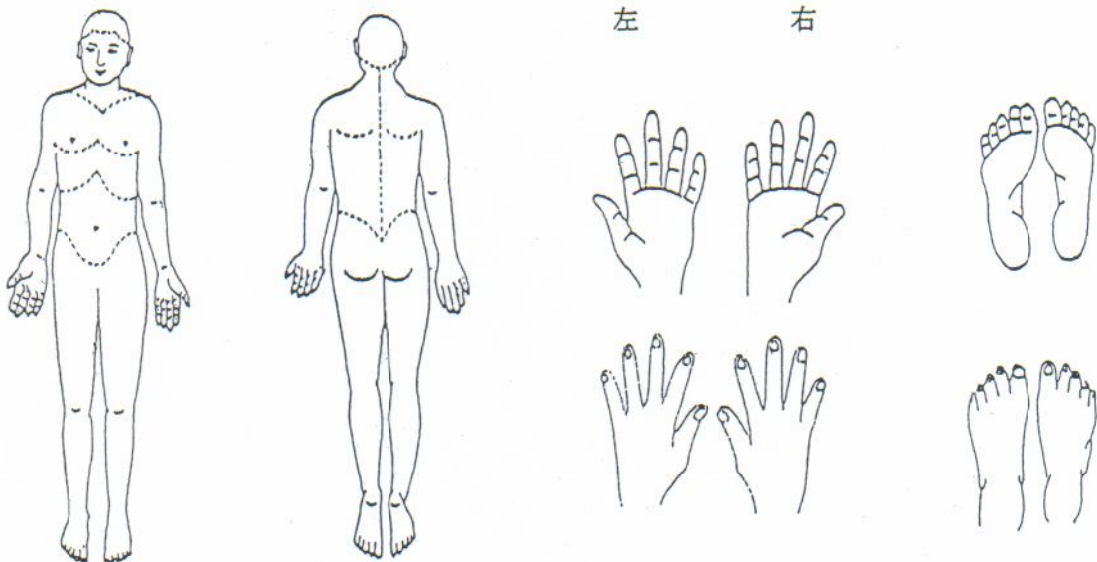
住 所 \_\_\_\_\_ 自宅電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3 携帯番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 4 勤務先電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

5 河合病院・・・はじめて/以前にかかったことがある/河合病院でレントゲン撮影をしたことがある  
 どなたかの紹介・・・家族/知人/職場/医師/その他 (.....) /評判を聞いて (.....)  
 広告で・・・・・・~~ホームページ~~ / インターネット / 電話帳 / 看板 / チラシ / 新聞  
 以前から知っていた / 飛び込み / その他 (.....)

6 今日はどこをどうされましたか? 下の図に印をつけてください。

(.....)



7 薬を飲んだり、注射を受けて、かゆみなど体に異常が起きたことがありますか。(アレルギー)  
 \* いいえ \* はい・・・何の薬で異常が出ましたか?  
 (.....)

8 現在服用している薬や定期的に受けている注射がありますか?  
 \* いいえ \* はい・・・どこのお医者さんで、何のための薬ですか?  
 (.....)

9 現在何か他の病気にかかっていますか?  
 \* いいえ \* はい・・・(.....)

10 女性の方にお尋ねします。  
 現在妊娠中、またはその可能性がありますか?  
 \* いいえ \* はい

11 あなたは、決めている薬局がありますか?  
 \* いいえ \* はい

12 他に先生に相談したいことがありますか?  
 \* いいえ \* はい  
 (.....)