

河合病院外来問診票 (ホームページ用)

年 月 日 担当

ふりかな

1 氏名 男・女 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 才

2 〒 □□□-□□□□

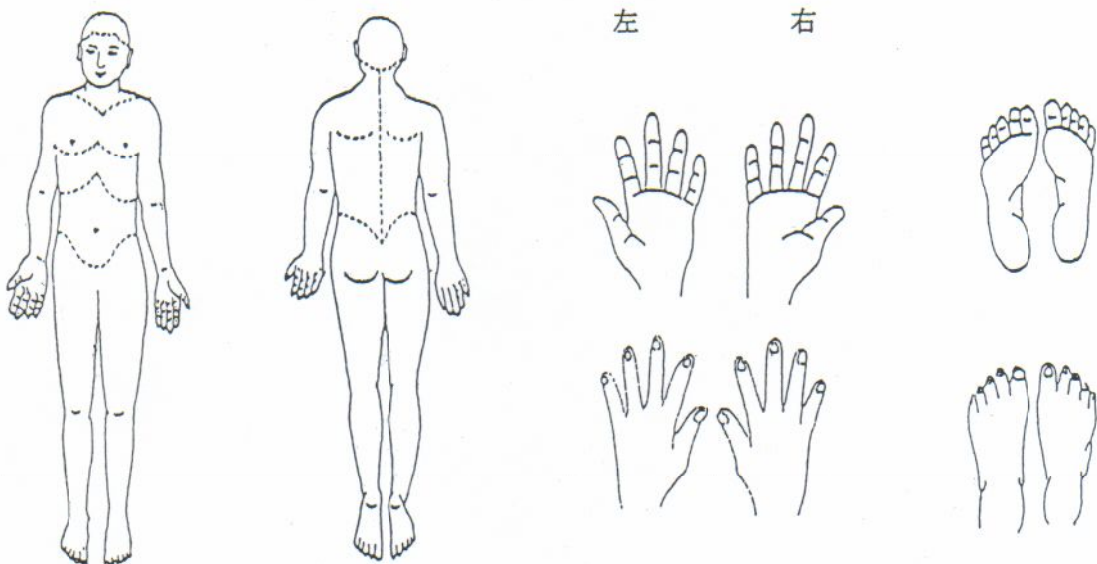
住所 自宅電話 - -

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

()