

フリカナ  
お名前

性別 男・女

生年月日 T・S・H 年 月 日 (才)

住所 〒

電話

**具合が悪いと感じたことはありますか？**

ある → いつ頃から

どこが

どのように

ない

**感染機会がありましたか？**

ある → いつ頃ですか？

ない

**現在治療中の病気はありますか？**

ある →

ない

**医師や看護師に話しておきたい事や心配な事があれば記入してください。**

**当院をなにで知りましたか？**

電柱看板 ・ 駅看板 ・ インターネット

家族の紹介 ・ 知人の紹介 ・ 他院からの紹介 ・ その他