

はじめて診察を受ける患者さんへ

たかはし脳外科皮フ科医院 (TEL 0254-20-5577)

フリガナ _____

患者さんのお名前 _____ 年令 _____ 才 (月) 男 女

生年月日 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____ 電話番号 _____

緊急連絡先 (本人以外) 電話番号 _____ 名前 _____ 続柄 ()

◎ 受診を希望される科に○を付けて下さい→**脳外科**(脳外科・内科・リハビリ科)
皮フ科(皮膚科・アレルギー科)

● どのような**症状**で来院されましたか？

どのような具合ですか？ 具体的にお知らせ下さい。

いつから？→()

どこが？→()

どのように？→()

1. 医師にかかったことのある**病気**をお知らせ下さい。(○を付けて下さい)無・有→**高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 腎臓病 肝臓病 不整脈 けいれん 脳卒中**
その他 (_____)2. 今の**お薬** 無・有 (_____)(おわかりになれば薬の名前もお願いします) **薬手帳**をお持ちの方はお見せ下さい。3. これまでに受けた**手術**は？ 無・有 (_____)4. **アレルギー歴**はありますか？ 無・有

ぜんそく 無・有 薬によるもの 無・有 (薬の名前 _____)

その他 無・有 (_____)

5. **職業** (業務内容など (_____) 趣味 (_____)6. (女性の方に) 現在**妊娠** 無・有 (週) 授乳中 はい・いいえ

* ありがとうございました。

● ご記入が終わりましたら**受付職員**か**看護師**にお渡し下さい。