

外来診療登録・問診書 滝医院

カサや財布などのお忘れ物が大変多いため、なるべく
携帯電話の番号をご記入いただきますよう、お願い致します。

新規 変更（住所、氏名等）

受診年月日 年 月

フリガナ				男 女	生年月日 Date of Birth	大 昭 平	年 月
氏名 Name							
現住所 Adress	〒	-	都道 府県	区市 郡			
携帯番号 Phone No.	()						
勤務先			電話番号	()			

※未成年者の保護者や、何かあった時に連絡が欲しいご家族の連絡先

連絡先 (本人以外)	フリガナ	続柄	患者さんの
	氏名		
	〒	-	電話 ()

これまでにかかった病気はありますか。

現在治療中の病気はありますか。

現在飲んでいる薬はありますか。

薬のアレルギーはありますか。

女性の方へ 現在妊娠または授乳中ですか。

小児の方は体重_____ k g

本日はどうされましたか。

その症状はいつからですか。

心配な事、伝えたい事がございましたらお教え下さい。