

患者様情報用紙

姓名： _____

よみかた： _____

住所： 〒 (-) _____

電話番号： 携帯電話 _____ () _____

ご自宅 _____ () _____

生年月日： 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

会社名： _____ 性別： 男 ・ 女 _____

身長： _____ cm

体重： _____ kg

1. かかりつけ医

_____ 病院 ・ 診療所

2. どちらからのご紹介ですか？

① () ご紹介者： _____ さん (ご家族 ・ 知り合い)

② () 広告を見た (※ご覧になったことがあるものもすべてお選びください)

チラシ 駅看板 バス広告 電柱広告 郵便局 インターネット

③ () 電柱広告を見た。

④ () 三愛病院受け付けから紹介された。

⑤ () ご近所

3. ご用件をお聞かせください。

4. 診察についてご希望をお聞かせください。

() なるべく薬だけ欲しい。

() とことん詳しく検査したい。

5. 最近の生活習慣を教えてください。

たばこ： 吸わない ・ 吸う → 1日 () 本/日 × () 年

アルコール： 飲まない ・ 付き合い程度 ・ 毎日