

# 受診票。

※個人情報 は 当院にて 厳重に 管理し

診療 以外では 使用致しません。

フリガナ	
氏名	職業
生年月日	T・S・H 年 月 日 ( 歳)
住所	〒
TEL(自宅・携帯)	— —
受診科	婦人科 ・ 内科 ・ 小児科 ・ 皮膚科
本日はどのような症状で来院されましたか？その症状はいつからですか？	
<p>① 以前にも当院を受診されたことはありますか？ ない ・ ある</p> <p>② ご結婚は？ してない ・ している 妊娠 ( ) 回 / 出産 ( ) 回</p> <p>③ 1ヵ月以内に性交はありますか？ ない ・ ある</p> <p>④ 今までに性交はありますか？ ない ・ ある</p> <p>⑤ アレルギーはありますか？ ない・ある ( )</p> <p>⑥ 今までに大きな病気をしたことはありますか？ ない・ある ( )</p> <p>⑦ 治療中の病気はありますか？ ない・ある ( )</p> <p>⑧ 服用中の薬はありますか？ ない・ある ( )</p> <p>⑨ 最近の月経: 月 日 ~ 月 日 ( 日周期)</p> <p>⑩ ⑨の前の月経: 月 日 ~ 月 日</p> <p>⑪ 初潮の年齢: 才 ⑫ 閉経の年齢: 才</p> <p>⑬ お会計の際、明細書は必要ですか？ 要 ・ 不要</p> <p>当クリニックをどのようにお知りになりましたか？</p> <p>Yahoo/Google/知人の紹介/携帯サイト/雑誌/駅電子看板 電柱看板/外看板/駅マップ/その他 ( )</p>	