

生活習慣病外来へ受診される方へ

ふりがな		男・女	大正・昭和・平成 年 月 日		
お名前			身長	体重	
		喫煙 有 無		飲酒 無 有	
ご住所	〒 -	電話	()		
		携帯	()		
		メールアドレス			

(下記の項目については記入もしくは○で囲んでください)

1. 当院にご来院のきっかけは？

看板広告を見て・知人からの紹介 ()・紹介状持参・インターネット
近所だから・その他 ()

2. 今まで大きな病気(入院や手術)をされた事はございますか？

年	病名・入院・手術歴		
例 S62	白内障(手術) 2日入院		

3. この症状で当院を受診される前に通院していた病院のお薬や検査データがありましたら教えてください。

職員記入欄。

糖尿病 (歳頃)

高血圧症 (歳頃)

脂質異常症 (歳頃)

裏面に続きます



