

# 診察券をお持ちの方

NO. \_\_\_\_\_

★ 本日のご予約 無・有 → 時 分 から

フリガナ						年	月	日
氏名						男	・	女
生年	明・大・昭・平							
月日	年	月	日生	歳	ヶ月			
体温	℃	身長	cm	体重	kg			

\* 本日はどうされましたか？（例：せき・鼻水・胸が苦しい等）

いつ頃から

症状（悩み事） \_\_\_\_\_

ご希望の検査 尿検査・血液検査・血糖検査・レントゲン・心電図

超音波検査・動脈硬化・その他( )

ご希望の処置 注射・点滴・リハビリ(ホットパック・低周波)

\* 他医院の受診 病名 \_\_\_\_\_ 医院名 \_\_\_\_\_

無・有 → 何の薬・薬名 \_\_\_\_\_

\* ご家族で同じような症状の方はみえますか？

無・有 → 日 ~ 日 続柄 \_\_\_\_\_

症状 \_\_\_\_\_

★ 女性の方へ

妊娠されていますか？ いいえ はい \_\_\_\_\_ 週目

授乳中ですか？ いいえ はい \_\_\_\_\_

生理中ですか？ いいえ はい \_\_\_\_\_ 日目

※ 当院では、患者様の個人情報を厳重に管理させていただきます。患者様の許可無く第三者に開示致しません。

## わたなべクリニック

※スタッフ記入欄