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　　三愛病院 ID　：＿＿＿＿＿＿

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？

（　）　ご紹介者：　　さん（ご家族　・　知り合い）

（　）　インターネットを見た。

（　）　駅の看板・交差点看板・チラシを見た。

（　）　三愛病院受付けから紹介された。

（　）　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

事務処理欄）検温　：＿＿＿＿＿＿℃

その他情報記載）