

基本情報

記載いただいた情報は、適正に利用し、安全、適切に管理致します。

- 身長 () cm 体重 () kg
- 薬でアレルギー反応がでたことはありますか？
はい 薬品名 () ・ いいえ
- 過去にかかったことや、現在治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ
悪性腫瘍 ・ ぜんそく (治癒 ・ 治療中)
高血圧 ・ 糖尿病 ・ コレステロール ・ 緑内障
肝臓疾患 ・ 心臓疾患 ・ 脳血管疾患 ・ その他 ()
- 過去に手術を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ
・ 疾患名 () 年齢 () 歳
- 女性の方へ
- ・ 妊娠ですか？ はい ・ 可能性がある ・ いいえ
・ 授乳中ですか？ はい ・ いいえ
- 65 歳以上の方へ
- ・ 介護保険認定を受けていますか？ はい ・ いいえ
・ 要支援 (1 ・ 2) ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
- 当院を何で知りましたか？
- ・ 院長に診てもらったことがある () 病院
・ 他院からの紹介 () 病院
・ 家族、知人からの紹介 () さん
・ HP をみた ・ 近所のため ・ その他 ()

以上の回答に間違いがなければ、ご署名をお願い致します。ご署名 _____