

はじめて御来院の方へ

はじめて御来院される時にこの用紙に
必要事項をご記入の上お持ち下さい。



医療法人社団サンセリテ

〒354-0004 埼玉県富士見市下南畑3166

TEL.049-254-7111(代) FAX.049-254-2707

①何科ですか？ (○をつけて下さい) 内科 外科 胃腸科 肝臓科 肛門科 皮膚科

②お名前

ふりがな

様 (男・女)

③ご自宅の住所・電話番号

()

④勤務先電話番号

()

⑤生年月日

明・大・昭・平

年

月

日

歳

⑥どんな症状ですか？

⑦それはいつ頃からですか？

⑧その他気になること

⑨アレルギーはありますか？

はい

いいえ

⑩現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？

はい

いいえ

⑪本日、当院へは何名でお越しですか？

(人)

⑫来院された方に○をつけてください

*本人・配偶者

*父・母・祖父・祖母

*兄・姉・弟・妹・子 ()

⑬当院は何でお知りになりましたか？

病院の紹介・テレビ・雑誌・新聞・インターネット・知人

⑭本日、ご家族のみで御来院の方にお尋ねします。

現在、ご本人は (自宅・他病院入院中・その他)

⑮現在、服用中の薬はありますか？

はい

いいえ

服用中の薬の種類をお知らせ下さい

またTS-1という薬を服用したことがありますか？

はい

いいえ

はい とこたえたかたは、TS-1の服用期間をお知らせ下さい