

松戸市立総合医療センター 女性特別外来 受診連絡票

ご記入日 令和 年 月 日

フリガナ		当院受診歴	生年 月日	H S T 年 月 日	
お名前		有・無		(歳)	
ご住所	〒		紹介状の有無	有 ・ 無	
電話番号 (自 宅)		携帯番号又は 昼間の連絡先			

1. 一番お困りのことは何ですか？

2. いつからその症状がありますか？

3. それについて病院で検査、治療をしたことがありますか？

4. 現在治療中の病気があったらお書きください（診断名、服薬中の薬品名など）

