

診療申込書

年 月 日

ふりがな

お名前

男性・女性

明治・大正

生年月日

昭和・平成

年

月

日

歳

〒

住所

電話番号

携帯番号

(父・母)

①今回はどのような症状で来院されましたか？

()

②薬に対するアレルギーはありますか？

ある・なし

ある場合

③その他の物質に対するアレルギーはありますか？

ある・なし

ある場合

④今までに大きな病気をされましたか？

はい・いいえ

ある場合

⑤現在治療中の病気はありますか？

ある・なし

ある場合

⑥現在服用中のお薬がありましたらご記入ください。

⑦女性の方にお尋ねします。妊娠の可能性はありますか？

ある・なし