

診 療 申 込 書

ふりがな		性別 : 男 ・ 女	年齢	歳
氏名		大正 ・ 昭和 ・ 平成		
住所	〒		年	月 日生
自宅TEL		携帯TEL		

アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある : 花粉症・その他 ()
薬物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある : 薬剤名 ()
食物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある : 種類 ()
本日の体温	自宅等にて 度 ・ 当院にて 度

1 : 本日の受診理由

- 発熱
 咳 痰 鼻水 喉の痛み 息苦しさ
 頭痛 腹痛 下痢 吐き気 倦怠感
 その他 【

※その症状はいつ頃からですか？ 【

2 : 現在服用中の薬

- なし
 あり ⇒ おくすり手帳を受付にご提出下さい。

3 : 既往歴

- なし
 あり 【

4 : 女性のかたへ

- 現在、妊娠中ですか？ いいえ はい
現在、授乳中ですか？ いいえ はい

※診療申込書でご提出いただいた個人情報、診療を行う目的以外には使用いたしません。

稲城わかばクリニック