診　療　申　込　書

ふりがな		性別 ： 男 ・ 女　　年齢　　歳
氏名		明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 年　　月　　日 生
住所	〒	
自宅TEL		携帯TEL

アレルギーの有無	□ なし　□ある ：　花粉症 ・ その他(　　)
薬物アレルギーの有無	□ なし　□ある ：　薬剤名 (　　)
食物アレルギーの有無	□ なし　□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

□ 頭痛　□ 腹痛　□ 下痢　□ 吐き気

□ その他 【　　】

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

アンケートにご協力お願いします。

当院を知ったきっかけは何ですか？

＊ ホームページ　＊ 友人･知人　＊ ロコミ　＊ 看板

＊ 市報紙　＊ 紹介　＊その他【　　】

ご協力ありがとうございました。〈m(_)m〉

＊診療申込書でご提供いただいた個人情報は、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