

診 療 申 込 書

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

本日の体温	自宅等にて	度	・	当院にて	度
--------------	-------	---	---	------	---

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（ ）

舌下療法の初回導入、または休薬後の再開は、1月から5月の間に行えません。

**禁煙外来を希望の場合はを付けてください。
当院での処方薬はニコチネルTT(貼布)となります。**

1：本日の受診理由（該当するところに)

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（該当するところに)

なし

あり ⇒ おくすり手帳を受付にご提出下さい。

3：既往歴（該当するところに)

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

※個人情報は、診療を行う目的以外には使用いたしません。