

診 察 申 込 書

フリガナ
お名前

明 大 昭 平 年 月 日(才)

【㊦ — ㊧】

ご住所

お電話 () —

携帯電話 ()

○どこが悪くて来られましたか。 お子様 体重 kg

耳...

鼻...

のど...

コ
ト
コ
#

その他

コ
ト
コ

○お薬や食べ物で気分が悪くなったり、発疹やショック等を起こした事がありますか？

ない・ある 薬の種類:痛みどめ、熱さまし、抗生物質、ピリン剤

その他()

○今までにかかった事のある病気に○印をつけて下さい。

高血圧、心臓病、糖尿病、胃・十二指腸潰瘍、前立腺肥大
肝臓病(B・C)、湿疹(アトピー)、喘息、アレルギー疾患、緑内障、
結核、その他()

○現在、薬を飲んでいますか？

(薬剤名:)

○妊娠 いいえ、はい、わからない、授乳中

○お熱はありますか?(°C)

○当院をなにご知りになりましたか？

ホームページ、看板、タウンページ、知人の紹介、その他