

# 初診診察申込書

フリガナ		性別	生年月日			年齢
氏名		男 女	M・T S・H	年	月	日生 歳
郵便番号	〒 ー					
住所						
電話	自宅					
その他連絡先						
<b>問診表</b>						
① 今日はどうなさいましたか。						
② ケガの方のみご記入ください。 <input type="checkbox"/> 仕事中 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 通勤途中						
③ 現在、他で治療を受けていますか。（はい・いいえ） 病・医師名：						
④ お薬・注射などで湿疹や気分が悪くなったりしたことがありますか。（はい・いいえ） 薬剤						
⑤ 当院をどのようにして、お知りになりましたか？ 広告を見て・クリニックの前を通過して・ご紹介(ご紹介者名 ) 看板を見て・その他( )						
⑥ 女性の方： 現在妊娠中または妊娠の可能性がありますか。（はい・いいえ） 最終月経： 年 月 日						
⑦ * その他、ご要望がありましたらご記入下さい。						

\*個人情報の利用目的を掲示しておりますので、必ずご覧になってください。

ご協力ありがとうございました。

寿康会診療所