

初診診察申込書

フリガナ		性別	生年月日		年齢
氏名		男 女	T・S H・R	年 月 日生	歳
郵便番号	〒 ー				
住所					
電話	自宅				
その他連絡先					
問診表					
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