



# 初診の方へ

ID

## お名前

ふりがな：

----- 男  
女

生年月日 (明治・大正・昭和・平成)

年 月 日 ( 才)

現住所：郵便番号 ( - )

電話番号：市外局番 ( ) ( )

メールアドレス：検査や薬の件などで問い合わせがある場合用です  
@

(クリニックの配信メールを 希望する・しない)

もしいらっしゃれば、紹介者：

\*今日はどこがいつ頃から具合が悪くていらしたのですか？

(左の図で示していただいても結構です)

体重 k g

\*今までに、大きな病気や、手術をうけたことがありますか？

( )

\*今までに、薬や食べ物で蕁麻疹などのアレルギー症状を起こしたことや、薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？

( )

\*女性の方にお聞きします。妊娠している可能性がありますか？

( なし・ある 妊娠( ) 週 )

\*その他、お聞きになりたいことがありましたらお書きください。

( )

