

診療申込書

ふりがな	性別 男・女	平成 年 月 日	年齢 歳
氏名	生年月日 明・大 昭・平	年	月 日
住所 〒	TEL		

1・今日は、どうしましたか？ 症状をお書き下さい。
(熱のある方、2～3日以内に熱のあった方はお書き下さい)

2・1ヶ月以内に海外に行かれたか？ (はい・いいえ)

3・15歳以下のお子様がかかる場合、お書き下さい

_____ Kg

4・現在、何か薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)

(薬の名前)

5・薬・注射・その他でアレルギーはありますか？
(はい・いいえ)

(何アレルギー)

6・女性の方へ

現在、妊娠していますか？ (はい・いいえ)

_____ 妊娠 月

授乳をされていますか？ (はい・いいえ)

医療法人 勇誠会 北町クリニック

診療申込書でご提供頂いた個人情報、診療を行う目的以外には使用致しません