

フリガナ

お 名 前

電 話 番 号 :

住 所 : 〒

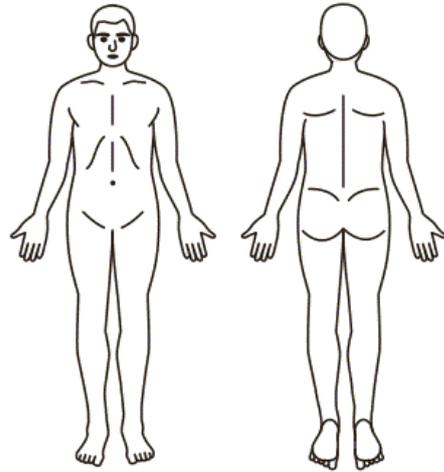
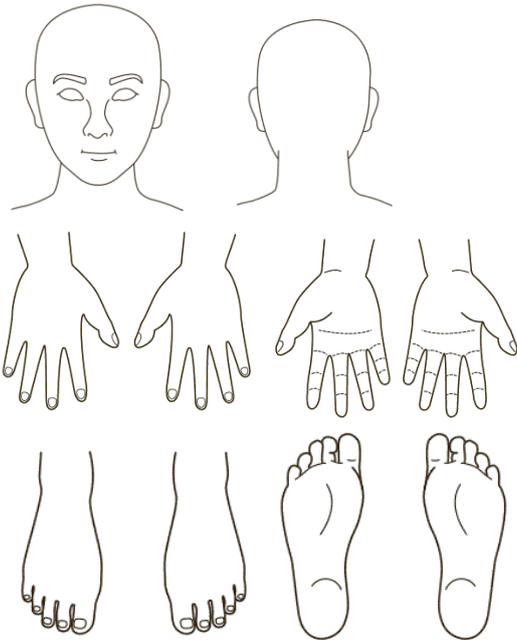
① いつからその症状がありますか？

( )

② どのような症状がありますか？

( )

③ 体重 \_\_\_\_\_ kg (お子様のみ)



④ 今回、おかかりの症状で他院に受診されましたか？

受診していない

受診した (病院名: ) (薬 )

⑤ 現在、治療中の病気はありますか？

ない・ある (薬 )

( )

( )

⑥ 現在、血液をサラサラにする薬を内服していますか？ していない

している (薬 )

⑦ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ /

ない・ある ( )

⑦妊娠していますか？

いいえ・はい

⑧ 当クリニックをお知りになったきっかけ

1. ご近所だったから 2. 看板 (駅の看板・電柱の看板) 3. 家族が通っているから

4. ご紹介 5. ホームページ 6. その他の Web サイト (サイト名: )

7. その他 ( )