

診察申込書

年 月 日

ふりがな			世帯主との続柄
氏 名			
生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成	年	令 歳
現住所	〒 -		
電話番号	()		
当院は初めてですか	はい・いいえ		
身長	cm	体重	kg

どうされましたか。

()

- アレルギー体質ですか。 (はい・いいえ)
- ピリン禁忌と言われたことがありますか。 (はい・いいえ)
- 今までに大きな病気又は手術をしたことがありますか。 (はい・いいえ)
- 病名 () (はい・いいえ)
- 胃が特に弱いですか。 (はい・いいえ)
- 現在、妊娠中ですか。 (はい・いいえ)
- 現在、病気や怪我で他院に通院中ですか。 (はい・いいえ)

* (該当する方に 印をして下さい)

栗 崎 整 形 外 科