診 療 申 込 書

年　月　日

フリガナ		性別	男　・　女
氏名		生年月日	明･大･昭･平　年　月　日

※　初診の方 又は 変更がある方のみご記入下さい。

※住所	〒		
※電話番号	(　　)　-	携帯	-　-

問　診　票

1.本日の症状を簡単にお書き下さい。

*風邪症状の方は、体温をお書き下さい。　KT　.　℃

2.今までに、大きな病気や手術をした事がありますか。

いいえ　・　はい　（　　）

3.現在、治療中の病気はありますか。

いいえ　・　はい　（　　）

4.今までに、薬によるアレルギーがでた事はありますか。

いいえ　・　はい　（　　）

5.次の既往歴はありますか。

緑内障　・　糖尿病　・　喘息　・　なし

6.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか（ いいえ　・　はい ）　授乳中ですか（ いいえ　・　はい ）

*当クリニックをどのようにしてお知りになりましたか？

チラシ　・　看板　・　通りかかって　・　診療案内の電話で　・　知人の紹介

インターネット（当院HP　・　その他）　・　その他（　　）

めぐみクリニック目黒