

診療申込書

平成 年 月 日

NO.

ふりがな
氏名

生年月日 明大 昭平 年 月 日 才

住所 〒

電話 — —
携帯 — —

緊急連絡先

①名前 (続柄)
TEL — —
②名前 (続柄)
TEL — —

問診表

当てはまる症状に ○印 をつけてください。

熱 度

頭痛	たん	せき	くしゃみ
鼻水	鼻づまり	のどの痛み	
腹痛	下痢	便秘	
胃痛	胸焼け	吐き気	嘔吐
めまい	だるい	動悸	胸痛
かゆみ	じんましん	湿疹	むくみ
腰痛	関節痛	筋肉痛	
排尿痛	残尿感		
その他			

* 普段内服しているお薬があれば、受付にお申し出下さい。

* 受診のきっかけを教えてください(○をお願いします)

1. HPを見て
2. 家族・親族の紹介
3. 友人・知人の紹介
4. 看板広告を見て
5. 近所
6. その他()