

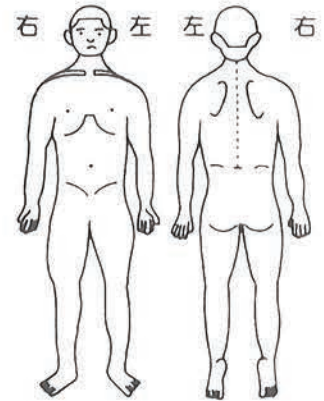
診察申込書

年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 生 才	職業	
お名前				学年	
住 所	□□□□□□□□	TEL		体重(子供)	
				部活(子供)	

予 診 表

- どこが痛いですか 又は 悪いですか。
()
- いつからですか。 今日から ・ 月 日より
- 思いあたる原因は。
なし・あり ()
- どこかで治療を受けましたか。
病院・医院 ()
そ の 他 ()
- 現在、治療中の病気はありますか。 なし・あり ()
- 現在、服用している薬がありますか。 なし・あり ()
- 手術を受けたことはありますか。 なし・あり ()
- 麻酔を受けたことはありますか。(歯の治療を含めて)
なし・あり ()
- 薬のアレルギーはありますか。 なし・あり ()
- 仕事についておたずねします。
すわり仕事・たち仕事・車の運転をよくする・主婦・農業・営業
工場・商店・屋外の現場・事務・その他 ()
- スポーツは何かしていますか。 なし・あり ()
- その他、希望があればお書き下さい。



- 当院をどのようにお知りになりましたか。
知人の紹介・広告(看板等)
その他 ()

☆ 妊娠している方は、診察時に申し出て下さい。
☆ 当院は個人情報を診療の目的に利用し、その取り扱いには細心の注意を払っています。