

# 瀬尾クリニック 診察申込用紙

氏名	ふりがな	男 女	生年月日	明治	大正
				昭和	平成
住所	〒 -	連絡先 自宅電話	年 月 日		
		連絡先 携帯電話			

今日はどのようなことでられましたか？ 症状を具体的にお書きください  
( )

それはいつ頃からですか？ 具体的にお書きください  
( )

現在、他の病医院にかかられていますか？  
( ) はい ( )  
( ) いいえ

現在、お薬を飲んでいますか？  
( ) はい ( )  
( ) いいえ

今までに大きな病気や手術などをしたことはありますか？  
( ) はい ( )  
( ) いいえ

今までにお薬を飲んでアレルギー反応がでたり体調が悪くなったことはありますか？  
( ) はい ( )  
( ) いいえ

女性のかたにおうかがいします。妊娠中や授乳中ですか？  
( ) 妊娠中 ( ) 授乳中  
( ) 妊娠中でも授乳中でもありません

15歳未満のかたにおうかがいします。体重は何キログラムですか？  
( )キログラム

当クリニックのことをどうしてお知りになりましたか？  
( )