新 患 申 込 書

患者番号(　　)　　年　　月　　日

フ リ ガ ナ		性 別	男性 ・ 女性
お 名 前		生年月日	明 大 昭 平 年 月 日 ( )才
ご 住 所	〒 －		
TEL(自宅)	― ―		
TEL(携帯電話)	― ―		
当院をどこでお知りになりましたか	ホームページ(PC・スマフォ) ・ その他のホームページ( ) 知人、友人から紹介 ・ 他院からの紹介 駅の看板 ・ 家(職場)から近い ・その他( )		

☆今日はどうなさいましたか？

☆薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

※「はい」と答えられた方は、その症状をお書きください。

☆現在、他の医療機関でお薬をもらっていますか？ 【 はい ・ いいえ 】

※「はい」と答えられた方は、そのお薬をお書きください。

☆女性の方へ

現在、妊娠されていますか？ 【はい (ヶ月目) ・ いいえ】

現在、授乳中ですか？ 【はい ・ いいえ】

ご協力ありがとうございました。

診察申込書にご記入いただきました患者様の個人情報は当院での診察(利用目的)にのみ使用させて頂きます。

目的以外での使用は一切行いません。

篠部医院