キリトリ

診　察　申　込　書

フリガナ
お名前

明 大 昭 平　年　月　日（　才）

【〒　ー　】

ご住所

お電話（　）　ー

携帯電話（　）

○どこがお悪くて来られましたか。　お子様 体重　kg

耳・・・

鼻・・・

のど・・

その他

○お薬や食べ物で気分が悪くなったり、発疹やショック等を起こした事はありますか？

ない・ある　薬の種類：痛みどめ、熱さまし、抗生物質、ピリン剤

その他（　）

○今までにかかった事のある病気に○印をつけて下さい。

高血圧、心臓病、糖尿病、胃・十二指腸潰瘍、前立腺肥大
肝臓病（B・C）、湿疹（アトピー）、喘息、アレルギー疾患、緑内障、
結核、その他（　）

○現在、薬を飲んでいますか？
（薬剤名：　）

○妊娠　いいえ、 はい、 わからない、 授乳中

○お熱はありますか？（　℃）

○当院をなにでお知りになりましたか？
ホームﾍﾟｰｼﾞ、看板、ﾀｳﾝﾍﾟｰｼﾞ、知人の紹介、その他

キリトリ

（DDまっぷホームページより印刷）