

現在の体温( )℃

# 初診申し込み書

(ふりがな)			
氏名			
生年月日	M・T・S・H	年	月 日 男・女
住所	〒 TEL ( )		
続柄		職業	
勤め先	TEL ( )		

13歳未満の方のみ:体重( )kg

1. 今までに大きな病気や、入院をされたことがありますか。 (ない・ある)

病名 ( )

2. 今日はどうされましたか

○印をつけて下さい。特に強い症状には◎印をつけて下さい。

例: ○頭痛 (3日前から)

◎耳鳴 (10日前から)

発熱 ( 度)      頭 痛      耳鳴・めまい      せき・たん

胸 痛      息切れ・どうき      む く み      腹 痛

食欲不振      は き け      下 痢      体がだるい

のどが痛い      その他の訴え ( )

鼻水・鼻づまり

3. 薬、食べ物などで異常があったことがありますか。 (ない・ある)

薬、食べ物の名前 ( )

4. 女性の方へ: 現在妊娠されていますか。 (している・していない)

森林公園通クリニック