

受診表

かどのクリニック

年 月 日

フリガナ

◎ 氏名

〒 (-)

◎ 住所

◎ 電話番号

◎ メールアドレス

◎ 今日はどうされましたか？

☆

☆漢方の処方箋希望

何のお薬ですか？

◎ 今、飲まれている薬 ☆ あり

◎ 薬のアレルギーは
ありますか？ ☆ あり

何のアレルギーですか？

◎ 今までにかかった病気 ☆ あり

{ 高血圧 糖尿病 脳卒中
脂質異常 心臓病 肝臓病
その他 ()

◎ 妊娠の可能性はありますか？ ☆ あり

◎ 今までに入院・手術を
したことがありますか？ ☆ あり

何の入院又は手術をされましたか？

◎ 当クリニックを知られたきっかけをお聞かせください。

自宅が近所 会社や学校が近所 知人の紹介 通りががりで見かけた

インターネット その他 ()