

# 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

◎ 今、飲まれている薬 ☆ あり

何のお薬ですか？

◎ 薬のアレルギーは ☆ あり  
ありますか？

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 (                      )