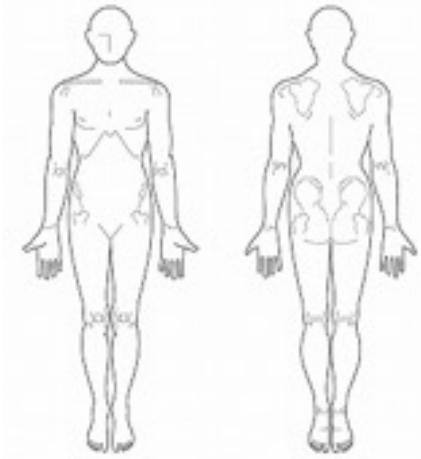
診　察　申　込　書

申込年月日	年　　月　　日		
フリガナ		携帯番号	－　　－
氏　　名			
生年月日	大正　昭和　平成　　年　　月　　日	性別	男　女
住　　所	〒		

本日はどうされましたか？　　症状はいつからですか？



治療中の病気、かかったことのある病気を教えてください。	体 温	℃
例）2020年　盲腸手術	脈 拍	／分
	血 圧	㎜Hg

診察の希望はありますか？　他にも何かございましたらご記入下さい。

□ 女性医師希望　　※水(前半)・金(前半)・土のみ

□ 男性医師希望

● 当てはまる項目をチェック☑して下さい。

□ 現在、薬を飲んでいます。
　種類は　例）バファリン　です。

□ アレルギーがあります。
　例）エビ、ハウスダスト　です。

□ 本日、食事をしました。＿＿＿：＿＿＿ 頃です。

□ 現在、妊娠しています。＿＿＿＿＿＿ 週目です。

□ たばこを吸います。１日に ＿＿＿＿＿＿ 本 位です。

□ お酒を飲みます。１日に ＿＿＿＿＿＿ ml 位です。

ご協力ありがとうございました。記入が済みましたら、受付までお持ちください。

uo-nakamura.com　医療法人 柚桜会 中村クリニック