

診療申込書

令和 年 月 日

ふりがな		
患者氏名	男・女	
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
住所		
電話番号		
緊急連絡先	氏名	(続柄)
	電話番号	
他に受診されている医療機関はありますか？(はい・いいえ)		
医療機関名()		
分かる範囲で下記の欄に○印をつけてください。		
風邪薬による発疹 (ある なし)	現在妊娠の有無 (ある なし)	ぜんそく (ある なし)
薬のアレルギー (ある なし) (薬剤名)		
どんな具合ですか？		