

ふりがな
お名前

〒
住所

生年月日 T・S・H

TEL

今日はどうされましたか？ ○をつけてください

- ① 高血圧 糖尿病 心臓病 についての相談
- ② 胃の症状についての相談
- ③ かせ症状
発熱 鼻水 せき たん のどの痛み
下痢 吐き気 耳の痛み 関節痛
- ④ ぼうこう炎の相談
- ⑤ 耳鳴り めまい
- ⑥ その他()

今服用している薬はありますか？

ある方は記入をしてください

(
ない)

今までに大きな病気をしたことがありますか？

()

薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？

詳しく()

ご両親ご兄弟(姉妹)に糖尿病 高血圧 脳出血 脳梗塞 がん
になられた方はいらっしゃいますか？ ○をつけてください

※記入していただいた個人情報は当クリニックで定めた利用目的の範囲内でのみ利用いたします