診療申し込み書

ふりがな		性別	生年月日
ご氏名		男 女	大・昭・平 年　月　日（　　歳）
ご住所	〒　　－ TEL(　　)		※番地までお書きください
勤務先	勤務先名： ご住所： TEL(　　)		

○　どのようなことで受診を希望されますか？症状がございましたら具体的にご記入下さい。

○　いつからですか？

○　今までかかった病気と、その時の年齢をご記入下さい。

歳　　歳

歳　　歳

歳　　歳

○　現在服用されている薬がありましたら、薬剤の名前と容量をご記入下さい。

○　身長　　cm　　体重　　kg

○　アレルギーはありますか？　　ない　・　あり（内容：　　）

○　当クリニックを受診されたきっかけは何ですか？

知人の紹介（　　）・医師の紹介（　　）

ホームページ/インターネット・NTTタウンページ・広告（　　）

新聞　・　テレビ　・　ラジオ　・　その他（　　）

＃ ご協力ありがとうございました。なお、検尿の検査がありますので、尿をしないでお待ち下さい。

―医療法人札幌会 岩澤クリニック―