

初診察申込者

年

月

日

ふりがな

受診者氏名

男 ・ 女

住所

TEL

() -

生年月日 (明治・大正・昭和・平成)

年

月

日

(才)

保険 (健 保 ・ 国 保)

本人 ・ 家族

(自費)

・ どこが悪くてみえましたか？ (耳 ・ 鼻 ・ 喉 ・ その他) (ピアス)

・ 今現在どこか他の病・医院にかかっていますか？ (はい ・ いいえ)

病・医院名 () 科)

・ 薬を飲んでアレルギーはありませんか？ (あり ・ なし)

薬の名称 ()

・ 現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ)

() ヶ月)