

申 込 書

No. _____

平成 年 月 日

ふりがな お名前		性 別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (才)		
ご住所	(〒 -) -----		
お電話	() -		
どうされましたか？	症状 (風邪・胃腸・胸部) 部位 (頭部・頸部・体幹・関節・手足) ワクチン接種・健康診断・()		
アレルギーについて	薬や注射での副作用はありますか (いいえ・はい) アレルギー (アトピー) 体質ですか (いいえ・はい)		
大きな病気にかかったことはありますか？	(いいえ・はい) (病名 :)		
今常用している薬はありますか？	(いいえ・はい) (薬剤名 :)		
わかる範囲でお答え下さい。	身長 (cm) ・ 体重 (kg) 体温 (℃ / 時頃)		
女性の方にお尋ねします。	最終生理 (年 月 日) 妊 娠 (無 ・ ヶ月 ・ 疑い ・ 不明)		