

ふりがな

- 1) 氏 名 () 様
性 別 (男 ・ 女)

- 2) 生年月日 (M・T・S・H) 年 月 日 () 歳
住 所 (〒)
電 話 () -

- 2) 今までに大きな病気・けがをしたことがありますか？
はい ・ いいえ
いつ頃 () どのような ()

- 3) 今までにお薬や食べ物でアレルギー反応をおこしたことがありますか？
ある ・ ない

- 4) 現在、妊娠の可能性はありますか？
ある ・ ない

現在、授乳をされていますか？
はい ・ いいえ

- 5) 現在、お薬 (安定剤、睡眠薬など) を服用されていますか？
はい ・ いいえ

- 6) 車やバイクなどの乗り物を運転されますか？
はい ・ いいえ

- 7) お酒は飲まれますか？
はい (1日) ・ いいえ

- 8) ご家族に症状をお伝えしてもよろしいですか？
はい ・ 絶対いや

高蔵寺駅前クリニック