

初診申込書

フリガナ

お名前 (男 ・ 女)

生年月日 (昭 ・ 平 ・ 令) 年 月 日

〒 ー ー 世帯主との続柄 ()

ご住所

電話番号 ー ー

- ◆本日、受診される科
(内科 ・ 皮膚科 ・ 性感染症科)
- ◆お薬のアレルギー
(有 ・ 無 ・ わからない)
- ◆食品のアレルギー
(有 ・ 無 ・ わからない)
- ◆現在、お薬を飲んでいますか？
(はい ・ いいえ)

※尿検査をする場合がございますので、
お手洗いの際はお知らせください。
土方クリニック宮田医院

切り取り不要