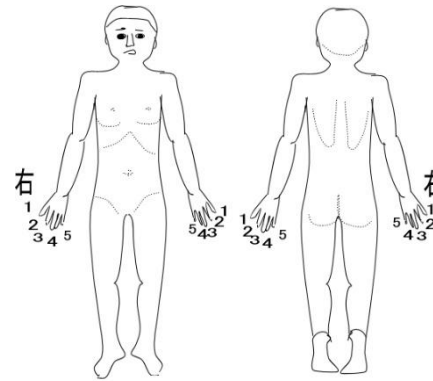


どうなさいましたか？ 診療を円滑にすすめ、また、薬の重複、副作用を避けるため具体的にご記入下さい

氏名	フリガナ	性別	明大昭平
		男・女	年月日生
ご住所	〒		
ご自宅TEL			
会社名		会社TEL	

1. いっごろから _____ ところが (図示)

どのような症状 _____



2. 他の病院、医院で治療中の病気や 飲んでいるクスリはありますか？

ない・ある (_____)

3. 今まで薬や注射、食べ物で かゆみ、発赤、発疹などのアレルギー症状がでたことはありますか？

ない・ある (_____)

4. お困りのことや 診療でご希望がありましたらお書きください。

(_____)

5. (女性の方のみ) (1) 現在、妊娠している、又は 妊娠している可能性がありますか？ (はい いいえ)

(2) 現在、授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)

さいの おか

彩の丘クリニック ■ TEL 0495-71-7166 ■ 高崎線 神保原 駅徒歩6分

日曜は午前診療(第4日曜休診) 火曜、祝日は休診 児玉郡 上里町 神保原 416-5 番地
診療時間 午前9～12時 午後3～6時 (土曜は5時まで)