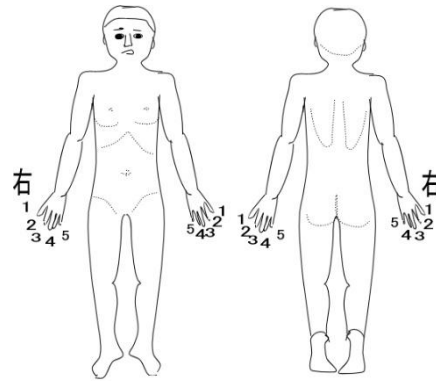


どうなさいましたか？ 診療を円滑にすすめ、また、薬の重複、副作用を避けるため具体的にご記入下さい

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

日曜日、水曜日、祝祭日は休診 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)