

初診の方へ

生年月日：平成 年 月 日

男・女

ふりがな：

氏名：

住所：〒 -

電話番号：携帯電話：() - - 、固定電話：() - -

・今までに入院したことや手術したことはありますか？

あり（年齢・病名)

なし

・食物・薬剤アレルギーはありますか？

あり（)

なし

・どちらの薬局へ行っていますか？（)

・熱性痙攣の既往はありますか？なし・ある（ 歳 ヶ月時： 回）

初診の方・保険証が変わった方は保険証・医療受給券ともにスキャナーさせて頂いております。ご了承下さい。