

ふりがな	
お名前	男 女
生年月日	年 月 日
住所	〒
電話番号	
学校・職業など	

お分りの範囲でご記入ください。不明な点は空欄でかまいません。

- (1) いままでかかったことがある病気や通院中の病気があれば教えてください。
()
- (2) いつも飲んでいるお薬がありますか？
なし・ある ()
- (3) 食べ物やお薬などにアレルギーがありますか？
なし・ある ()
- (4) 家族内で煙草を吸う方がいますか？
いない・いる ()
- (5) ご家族のことを教えてください（分かる範囲でけっこうです）。

	性別	年齢	病気やアレルギーなど
配偶者			
お子さん			

- (6) よろしければ当院を知ったきっかけを教えてください。
友人・知人から教えてもらった 家が近所 ホームページ 開院チラシ
その他 ()
- (7) 自由記載欄です。何でもご自由にお書きください。