

# 初診申込書

フリガナ

お名前 ( 男 ・ 女 )

生年月日 ( 大 ・ 昭 ・ 平 ) 年 月 日

〒 ー ー ー 世帯主との続柄 ( )

ご住所

電話番号 ー 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