

ふりがな		年齢	生年月日
お名前		歳	年 月 日

ご住所	〒 —	電話	— —
-----	-----	----	-----

いつからどんな具合ですか？

体重(15歳以下の方)	kg
現在服用中の薬	ない ・ あり(薬品名 )
合わない薬	ない ・ あり(薬品名 )
アレルギー	ない ・ あり(何のアレルギーですか？ )
胃腸	強い ・ 普通 ・ 弱い
風邪薬など飲んだとき	眠気が出やすい ・ 気にならない
女性の方、現在	妊娠していない ・ 妊娠の疑い ・ 妊娠中( ヶ月) ・ 授乳中

本院を何でお知りになりましたか？

ホームページ ・ パソコンサイト ・ モバイルサイト ・ 広告 ・ その他( )