

記入日

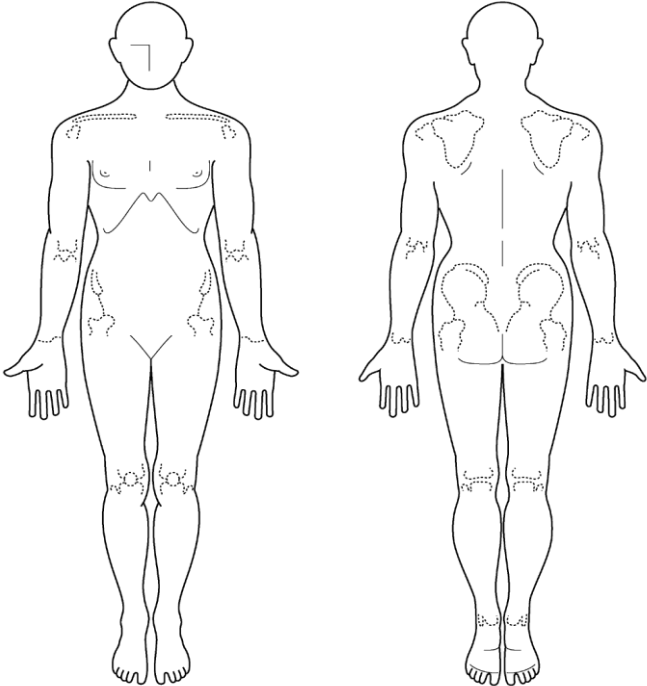
年

月

日 ()

予診票

受付No.

ふりがな		生年月日	
氏名	男 女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 歳
住所 〒 -		体温 ℃	
電話番号 (自宅) ()		身長 cm	
電話番号 (携帯など) ()		体重 kg	
お勤め先 学校名		職種 学年	
どうされましたか？ いつから？ 症状は？ 痛み しびれ 脱力 その他			
症状のある部位を 図にご記入ください。 			
現在治療中の疾患 (通院先)			
これまでの主な疾患 (その経過)			
現在使用中の薬 無し 有り		アレルギー 無し 有り	
妊娠の可能性 無し 有り	その他、伝えたいことがございましたらどうぞ		
ご来院されたきっかけ		もともと知っていた	
ホームページを見た		近所なので	
ネットで検索した		知人から聞いた	
		広告・看板を見た	
		通りがかった	