

予 診 票

東林間駅前ほりえクリニック

来院日 年 月 日

来院時体温 °C

ふりがな		生年月日	年齢
お名前	男 ・ 女	年 月 日	歳
ご住所	〒 相模原市 区 (相模原市以外の方) 市		
連絡可能な 電話番号	ご自宅	—	—
	携帯電話	—	—
ご職業			

■ 本日はどうなさいましたか（いつから、どのような症状でお困りですか？）

■ その症状で他の医療機関を受診された方にお聞きします。どのような診断でしたか？

■ 今までに定期的に治療をお受けになった、あるいは現在も治療をお受けになっているご病気をお教えてください。また、現在お飲みになっているお薬をお教えてください。

※お薬手帳をお持ちの方はご提出をお願いします

■ おくすりや食べ物にアレルギーがある方はお教えてください。

■ 煙草を吸われている方、吸われていた方 本/日 歳から（～ 歳まで）

■ お酒を飲まれる方（お酒の種類と飲酒量をお教えてください） 日/週

※（女性の方）妊娠 週 授乳中 はい ・ いいえ