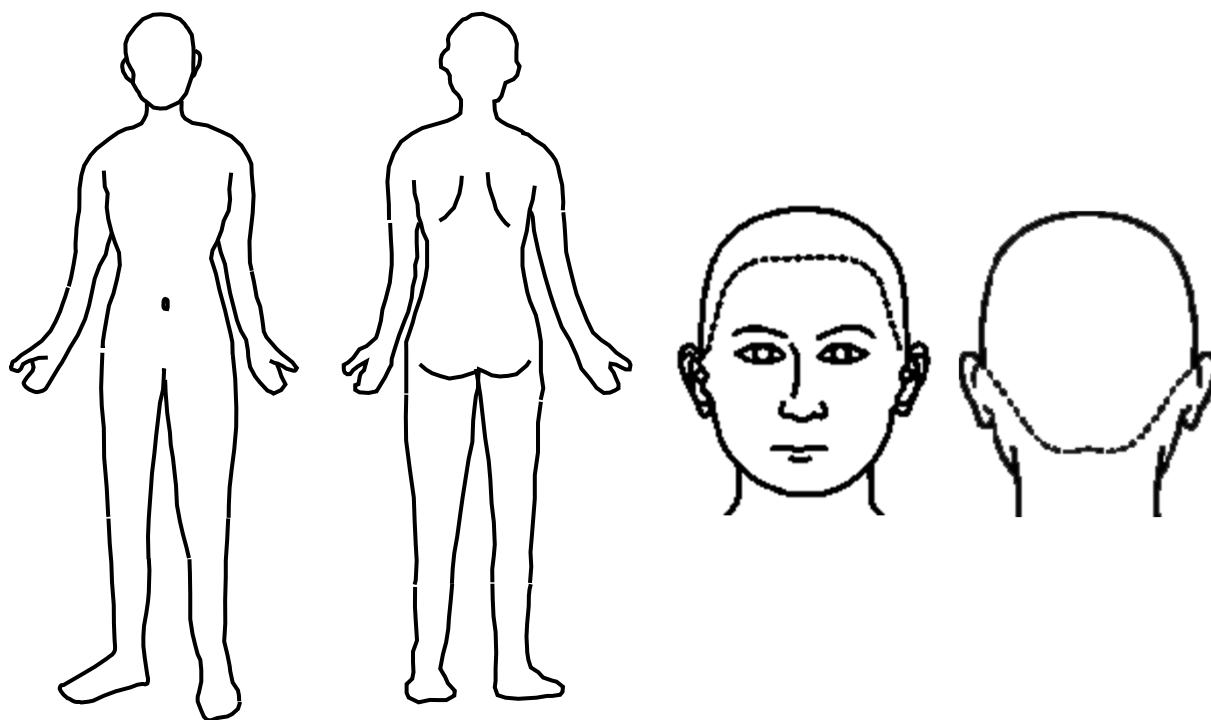


フリガナ			
受診者氏名			男・女
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	
住 所	〒 _____		
電 話		(携帯)	
熱や発疹など感染症の症状はありますか(はい : いいえ)			

診察する場所に○をつけてください。



お薬をのんでいますか？

はい → お薬手帳をご用意ください。
 いいえ

現在妊娠しているもしくは可能性がありますか？

はい いいえ