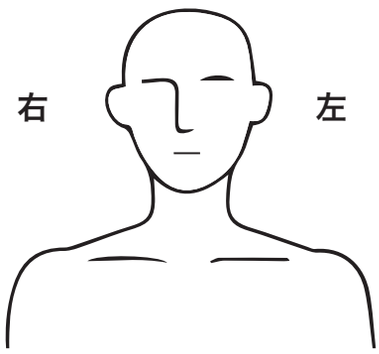
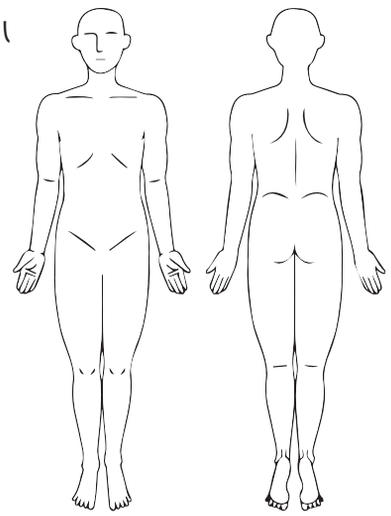
診察お申込み書　初診用

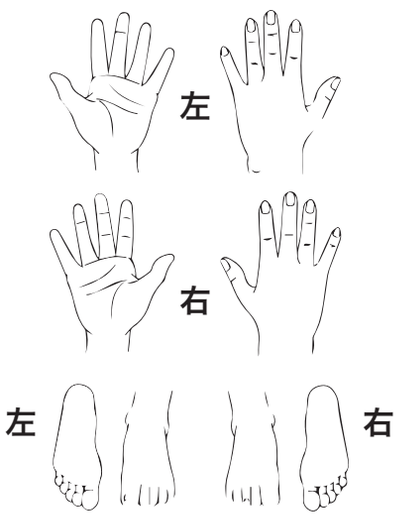
フリガナ	男 女	生年月日 大・昭・平・令 年　月　日	才	電話番号
氏名				

住所　〒

■ 症状のある部位に○をつけてください







■ いつ頃からその症状がありますか？

■ 女性の方のみお答えください。

・妊娠されていますか？　いいえ・わからない・はい(　　ヶ月)

・授乳中ですか？　いいえ・はい

■ 現在お薬を飲んでいますか？　ない・ある(　　)

※ お薬手帳のある方は受付にご提出ください。

■ 現在治療中の病気はありますか？　ない・ある(　　)

■ 薬や食べ物にアレルギーはありますか？　ない・ある(　　)

■ 大きな病気をされたことはありますか？　ない・ある(　　)

■ 手術をされたことはありますか？　ない・ある(　　)

■ 当院では保険診療の他に自費診療(保険対象外)で男性の薄毛の治療も行っています。

本日希望される方はチェックをお願いいたします。　☐ 希望する

医療法人社団 東豊ひふ科