

## 受付シート

フリガナ お名前：	生年月日：      年    月    日（    歳）
ご住所：	電話番号：
<p>・ これまでに病院にかかれたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある （ 心療内科・精神科・内科・その他 ） →      年    月    ～      年    月頃 / 現在 → 診断名： _____</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>	
<p>・ 現在、服用中のおくすりはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある 薬剤名： _____</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p>	