

受診申込票

フリガナ		受診科
氏名	男・女	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 神経科 (メンタルヘルス)
生年月日	年 月 日生	
種別 ○をつ け、必要 な部分を 記入	・学部生・修士・博士・その他 (学籍番号：) ・入学年度(西暦：) ・職員(職員番号：) ・非常勤職員(職員番号：)	所属 学部または研究科/ 事務部名称 等
初めて受診されるは下欄を記入してください		
初診の方	住所 電話番号(携帯番号)	

初診の方、再診の方 以下を記入してください。

◆現在以下の症状はありますか？当てはまるものに○をつけてください。

咳 ・ のどの痛み ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 発熱 (°C) ・ 頭痛

◆過去2週間以内に海外への渡航歴はありますか？

あり ・ なし

時期

国・地域

◆今までに、お薬や食べ物などで、アレルギー症状や気分が悪くなったことはありますか？

あり ・ なし

↳ 薬・食べ物の名前
