お名前：　　生年月日：T/S/H　　年　　月　　日（　　歳）

※本日マイナ保険証で受付された方は、同意した項目にチェックをいれてください。

□　特定健診情報　　□　薬剤情報　　□　どちらも同意していない

※ご住所、お電話番号の変更がある場合はお知らせ下さい。

〔　　〕

●月経のある方は、一番最近の**月経開始日**はいつですか。（　　月　　日から　日間）順・不順

●本日はどうされましたか。該当項目にレ点を入れてください。

□　結果

□　プラセンタ注射の定期診察

〔　　〕

□　継続処方（薬の種類と何日分希望かもしくは何日分残薬があるか、お書き下さい）

□　気になる症状がある

（　　）

□　その他

（　　）

●症状の改善の有無、不正出血の有無、質問、先生へ伝えたいことなどお聞かせください。

（詳しく書いていただくと診察がスムーズになります。）

〔　　〕

※ピル、メディカルダイエットの方は血圧と体重を測定し、用紙を持ってお待ちください。