

問 診 票

No _____

H _____ / _____ / _____ AM・PM

〒

ご住所

お名前

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

自宅電話番号 () —

携帯電話番号 () —

身長 (お分かりになれば) c m

体重 (お分かりになれば) k g

本日はどうされましたか？ (いつ頃からどんな症状ですか？)

いままで大きな病気にかかったことがありますか？

何かアレルギーをお持ちですか？

ご家族の方で大きな病気の方いらっしゃいますか？

ご協力ありがとうございました。 ※月変わりには保険証をご持参下さい。 岸 内 科