

No \_\_\_\_\_

# 問 診 票

R \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ AM・PM

〒

ご住所

フリガナ

お名前

生年月日 大正・昭和・平成・令和 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） cm

体重（お分かりになれば） kg

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