

No _____

問 診 票

受付 / AM・PM

〒

ご住所

フリガナ

ご紹介者

お名前

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

ご自宅電話番号 () —

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