

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