問診票

フリガナ

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 性別　男 ・ 女

生年月日　　　　明治　大正　昭和　平成

年　月　日　　歳

住所　〒

お電話

本日受診された目的を簡単にお答えください。

喘息（なし・あり）　薬のアレルギー（なし・あり　　　　　　）　妊娠（なし・あり）

喫煙　1日　　本　　　飲酒　多め　少なめ　無し

現在飲まれているお薬、現在治療中の病気がありましたら
診察室に入りましたら、先生にお伝え下さい。

13歳以下のお子様のみご記入お願いいたします。

身長　　　　cm　　　体重　　　　kg