

初診問診票

年 月 日

※ご記入後、受付へお渡し下さい。

フリガナ

氏名

生年月日

昭・平・令

年

月

日

年齢

歳

性別

男・女

〒

住所

電話番号

希望科目

(複数選択可)

内科・小児科・ペインクリニック(痛み外来)・健康診断

本日受診した理由

過去にかかった病気(現在治療中の病気も含む)

現在飲んでいる薬

有()

無

薬や注射などによるアレルギー(ペニシリン、ピリンなど)

有()

無

その他のアレルギー体質(喘息、食品、花粉など)