

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 内科・小児科・ペインクリニック（痛み外来）・検診・肥満外来
(複数選択可)

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）