

# 問診票

太枠の中をご記入ください

令和 年 月 日	
ふりがな	年齢 歳
氏名	男・女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日	
〒 住所	
自宅電話番号 有・無	— —
携帯電話番号 有・無	— —
体温 度 分	

※ お薬や食べ物のアレルギーや、  
現在内服中のお薬がある場合は、  
今回の治療に関係のないものでも  
必ず医師にお伝えください。