

問 診 票

No. _____ 年 月 日

ふりがな				男 ・ 女	
氏名					
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日生	() 歳
住所	〒 _____				
電話	自宅	() _____	—	携帯	_____ —
今日は、どうされましたか？					体温 _____ °C
現在、飲んでいるお薬がありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→()					
アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある→() <input type="checkbox"/> わからない					

医療法人 一亀会 松山クリニック

〒592-0013 大阪府高石市取石1丁目12番7号 TEL.072-260-7001

<http://www.ichikamekai.com/>