

問 診 票

氏名				
年齢	歳	か月	男	女
電話番号(必要時クリニックから連絡してよい番号をご記入ください)				
	Tel.			
現在の体重				Kg

いつからどのような症状が出ていますか？

該当するところをチェックしてください

薬のアレルギー	なし	あり
食物アレルギー	なし	あり

ありがとうございました。