



初診問診票（大人用） 来院日 _____

ふりがな		
名前	男 女	生年月日
		昭和 平成 年 月 日
携帯番号		

① 今までに入院したことがありますか？

ない・ある

② 今までに通院が必要な病気になったことはありますか？（既往歴）

ない・ある

③ 続けて飲んでいる薬はありますか？

ない・ある（お薬手帳をお持ちでしたらお出してください）

④ 薬・食物アレルギーはありますか？

ない・ある（薬名：

／食品名：

）

うめはらこどもクリニック

