

問診票

① お名前			
(フリガナ)			
(漢字)			
② 性別			
男性	女性	(いずれかに○をつけてください)	
③ 生年月日			
西暦	年	月	日
④ 送付先ご住所			
郵便番号			
ご住所			
⑤ 携帯電話番号(すぐに連絡のとれる番号:固定電話不可)			
iPhone・Android端末 (いずれかに○をつけてください)			
⑥ メールアドレス			
⑦ 身長・体重			
身長: . cm 体重: . Kg			
⑦ 現在治療中の疾患がある方はお薬の内容をお書きください			
⑧ 今まで大きな病気や手術を受けたことがある場合は年齢と病名をお書きください			
⑨ お薬アレルギーの有無を教えてください			
なし			
あり →			
⑩ その他ご相談されたいこと			

※直近の血液検査データなどあれば写真やPDFで送付ください 年 月 日 () 高木内科医院