

初診の方へ

カルテ No.

ふりがな

お名前

(性別 男・女)

生年月日

(年齢 歳)

ご住所 〒

お電話番号

()

今日はどうされましたか？

既往歴（今までにかかった病気）

今までに、ひきつけ、けいれん等がありますか？

薬、食べ物などで、発疹、蕁麻疹等が出たことはありますか？（アレルギー）

記入日