

問診票（はじめて受診される方）

記入日 令和 年 月 日

ふりがな

お名前 _____（男・女）

生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日（ 歳）

ご住所（〒 - ）

お電話番号 - - 携帯番号（緊急連絡先） - -

体温 _____℃, 体重 _____kg

1. 今日は主にどのような症状（あるいは目的）で来院されましたか

（ _____ ）

2. その症状はいつ頃から始まりましたか

（ _____ ）

3. ご家族に同様の症状の方はおられますか

（ _____ ）

4. 他に、気になる症状・伝えておきたい事はありますか

（ _____ ）

5. 現在使用しているお薬はありますか（はい・いいえ）

（そのお薬の名前： _____）

6. お薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか（はい・いいえ）

（そのお薬・食べ物の名前： _____）

7. 当院をどこで知りましたか

チラシ , インターネット , 知り合いから聞いた , 近所 , 他の医療機関からの紹介
その他（ _____ ）