

初診問診票

年 月 日

フリガナ
氏名

男 女

住所 〒 _____

都 道
府 県

区 市
町 村

電話番号〔自宅〕 (_____) 〔携帯〕 (_____)

生年月日 T S H 年 月 日 歳

体重 (小児のみ) kg 体温 °C

アレルギー (薬 _____ 食 _____ 無)

今日はどうされましたか？

- 発熱 のどの痛み せき たん 鼻水 関節の痛み 頭痛 腹痛
吐き気 おうと 下痢 便秘 食欲がない 腰痛 息苦しい
からだがだるい めまい ふらつく 血圧が高い 紹介状持参
その他 (_____)

それは、いつからですか？

そのことで、どちらの医師の診断を受けましたか？ (はい・いいえ)

病院名

病名及び服薬中のお薬

今までにかかった、大きな病気はありますか？