

初診患者さん問診票



受診日

_____年___月___日

ふりがな

氏名 _____

生年月日

大正 昭和 平成 _____年___月___日(____歳)

郵便番号

電話番号

住所

1. 本日はどうしましたか？ 体温（ _____℃）

2. 現在、他院で治療を受けていますか？ はい いいえ

病名 _____ 年___月頃より

診療機関名 _____

3. 薬・食物にアレルギーはありますか？ はい いいえ

4. 病気や怪我で手術を受けたことがありますか？ はい いいえ

5. いつも服用している内服薬・サプリメントを教えてください。

(女性のみ) 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ はい いいえ