

初 診 申 込 用 紙

初 診 日	年 月 日	
ふりがな	男、女	
氏 名		
生 年 月 日	明、大、昭、平 年 月 日生	歳
住 所	〒 (-)	
電 話	自宅	勤務先

問 診 票

1 今日はどこが悪くて来院されましたか？ 発熱 下痢 腹痛 せき のど痛 はきけ どうき めまい 胸痛 こし ひざ かた 頭痛 健康診断で異常と診断された その他		
2 アレルギー体質とか異常体質と言われたことがありますか？	は い	いいえ
3 注射やのみ薬で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？	は い	いいえ
4 今までに次の病気にかかったことがありますか？ また現在かかっていますか？ あれば○でかこんで下さい	糖尿病 腎臓病 リウマチ その他 ()	高血圧 ぜんそく 結核 心臓病 肝臓病
5 現在、医師の治療を受けたり、服用している薬がありますか？	は い	いいえ
6 (女性の方のみ) 現在、妊娠していますか？ あるいは妊娠の疑いがありますか？	は い	いいえ
氏 名		