

初 診 問 診 票

平成 年 月 日

フリガナ			
氏 名		性 別	
		男	女
生年月日	明 大 昭 平	年	月 日 歳
住 所	〒 -		
電話番号	自宅 ()		
	携帯 - -		

来院目的に チェックしてください。

- 内科診療 (症状:)
- 熱のある方 (°C)
- 皮膚科診療 (症状:)
- 健診・予防接種
- その他 ()
- ヘルストロン

持病 もしくは 以前にかかったことのある病気に ○ をつけてください。

糖尿病 高血圧 脂質異常症 痛風 心臓病 腎臓病
肝臓病 脳梗塞 膠原病 白内障 緑内障 各種癌
その他 ()

現在 服用されている薬は ありますか？ { はい いいえ }
はい の方 (薬品名)
(お薬手帳のある方は、先生にお見せくだされば結構です。)

薬アレルギー 食物アレルギー はありますか？ { はい いいえ }
はい の方 (内容)

当院をどこで お知りになりましたか？ 丸をつけてください。(複数可)

- ・通りかかって ・知人・他院からの紹介 (名前)
- ・インターネット検索 (ホームページ) ・医師会の広報
- ・タウンページ ・電柱広告 ・以前から知っていた