初　診　問　診　票

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　（　　℃　）
□　皮フ科診療　（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