

初診問診票

年 月 日

フリガナ		
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日
〒 住所		
電話番号（必要時クリニックから連絡してよい番号を記入してください）		
ご自宅	携帯	

■ 具合の悪いところを具体的に記入してください。

年 月 日より

■ 今回の症状でどちらかの病院にかかりましたか？

いいえ はい 医療機関名 _____

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば記入してください。

■ 現在、飲んでいる薬はありますか？（お薬手帳をお持ちの方は記入不要です）

なし あり（_____）

■ 今までに手術の経験はありますか？

なし あり（病名・日時）_____

■ 輸血を受けたことがありますか？ いいえ はい

■ 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり（_____）

■ 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか？ ない ある _____ 週

■ 現在授乳中ですか？ いいえ はい