ID

初診受付問診票

年　月　日

カナ		生年月日	性別
名前		M・T・S・H 年　月　日	男 女

住所（マンション・アパート名もご記入下さい）	電話番号
〒　－	自宅
	携帯又は緊急連絡先

・今日はどうされましたか？

いつから？

今日・___日前・___週間前・___ヶ月前・___年前から

症状は？

・アレルギーはありますか？

喘息・じんましん・アトピー・花粉症・薬剤・その他

・今飲んでいる薬はありますか？

身長　　cm

体重　　kg

体温　　℃

飲酒

飲まない　時々飲む　ほぼ毎晩飲む

タバコ

吸ったことはない　以前は吸った　吸う

ペット

いない　いる

ペットの種類（　　）

かかったことのある病気や
今かかっている病気

前立腺肥大・緑内障・その他