

ID

初診受付問診票

年 月 日

カナ		性別	生年月日
名前		男 女	大・昭・平・令 年 月 日
住所（マンション・アパート名も記載して下さい）			電話番号
〒 -			自宅 携帯
同居家族	あり ・ なし		
緊急連絡先 （任意）	名前 （続柄）	電話番号	

・今日はどうしましたか？

・今日・__日前・__週間前・__ヵ月前・__年前から

症状は？

身長 cm

体重 kg

体温 °C

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
(オ～オ)

吸う
(1日 本位)
オ～

ペット

いない いる

ペットの種類 ()

・アレルギーはありますか？

(喘息・花粉症・薬剤・じんましん・他)

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

・服用中の薬はありますか？