

# 問診票（はじめて受診される方）

記入日 平成 年 月 日

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_（男・女）

生年月日 平成 年 月 日（ 歳 ヶ月）

ご住所（〒 - ） \_\_\_\_\_

お電話番号 - - \_\_\_\_\_ 携帯番号（緊急連絡先） - - \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_℃, 体重 \_\_\_\_\_kg

1. 今日は主にどのような症状（あるいは目的）で来院されましたか

（ \_\_\_\_\_ ）

2. その症状はいつ頃から始まりましたか

（ \_\_\_\_\_ ）

3. 家族・園・学校に具合の悪い方はおられますか

（ \_\_\_\_\_ ）

4. 他に、気になる症状・伝えておきたい事はありますか

（ \_\_\_\_\_ ）

5. 現在使用している薬はありますか（はい・いいえ）

（薬名： \_\_\_\_\_）

6. 薬や食べ物でアレルギーがありますか（はい・いいえ）

（薬・食物名： \_\_\_\_\_）

7. 当院をどこで知りましたか

チラシ , インターネット , 知り合いから聞いた , 近所 , 医療機関からの紹介  
その他（ \_\_\_\_\_ ）