

初 診 票

初診日	H . .	カルテ No.	(こちらで記入します)
フリガナ		男 ・ 女	生年月日
氏名			
住所	〒		
	TEL:		
	携帯TEL:		

問 診 票

本日の症状	いつ頃から： 症 状：		
過去の病気	入院・手術歴：()歳の時 病名()		
通院中の病名	病院名： 病名： 飲んでいる薬：		
身長	cm	タバコ	すわない すう(本)
体重	kg	アルコール	のまない 少々 毎日のむ(本・合)
アレルギーについて	無・有	ぜんそく・アトピー・花粉症・注射や薬・食品・その他() 原因： 症状等：	
ご家族の病気	父	高血圧	がん病名：
	母	心筋梗塞	
	兄	脳梗塞・脳出血	
	弟	糖尿病	
	姉	高脂血症	
	妹	その他()	
妊娠について	無・有(ヶ月) ・ 可能性あり ・ 授乳中(ヶ月)		
来院方法	歩いて・自転車・自動車・バス・電車 (家からの所要時間 分)		
来院のきっかけ	①看板 ②電話帳 ③家族の紹介 ④知人の紹介(さん)		
ご希望など			