

初診申込書

フリガナ

氏名： _____

性別： 男 ・ 女

生年月日： 明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日生 年齢 _____ 歳

〒： _____ - _____

フリガナ

住所： _____

電話番号： _____ 携帯番号： _____

受診科： 内科 ・ 外科

※来院時にこの初診申込書と保険証を受付へ提出して下さい。

問診表

身長：(_____ cm) 体重：(_____ kg) 体温：(_____ °C)

受診理由： 紹介 紹介状あり 紹介状なし
 体調不良 健康診断ですすすめられて

症状：いつごろから (_____)
どうされましたか (_____)

アレルギー： 無し
 有り 医薬品(_____)
食べ物(_____)

喫煙歴： 無し
 有り 歳頃より 約 _____ 年間 _____ 本/日

飲酒歴： 無し
 有り (お酒・ビール・ウイスキー) (その他 _____)
/日

既往歴： 無し 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞
 その他(_____)

女性の方へ：妊娠中又は、その可能性がある場合、及び授乳中の方は
診察時にお申し出ください。

※当院では、個人情報保護法に基づき患者様の情報を適切に管理します。