

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： _____

緊急電話番号（本人以外の連絡先）： _____
→ 氏名： _____（続柄： _____）

問診表

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

新型コロナワクチン接種： 有（1回目 / _____、2回目 / _____） ・ 無

既往歴： 無し 高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞
 その他(_____)

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

症状： いつごろから (_____)
どうされましたか (_____)

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。