

診察券番号：

受診日： 年 月 日

(わかればご記載ください)

初診・初再診問診票 (おとな)

← はじめての方と
新たな症状の方

ふりがな

氏 名

生年月日 西暦 年 月 日 (歳) 性別 (男 ・ 女)

再診の方は変
更あればご記
載ください→ [住所 〒
携帯電話 固定電話

周りに感染症の人はいますか？ (病名や症状 誰 or どこで)

体重 () kg

発熱 (なし ・ あり → °C)

受診された症状について

治療中の病気はありますか？ (なし ・ あり → 病名)

これまで大きな病気等の経験はありますか？ (なし ・ あり → 病名)

使用中のお薬はありますか？ (なし ・ あり → 名前)
↓お薬手帳やメモがあれば記入不要です

アレルギーはありますか？ (なし ・ あり → 名前)

ご家族に大きな病気や持病はありますか？ (なし ・ 病名)

検査の希望はありますか？

(あり ・ なし ・ 医師と相談して考える)

(ある場合、どんな検査を希望されますか？

特に伝えておきたいことがあればご記入ください

ご記入、ありがとうございました。