

初診問診票

年 月 日

氏名 男 女

住所 〒 —

電話番号 ()

生年月日 T S H 年 月 日 歳

体重(小児のみ) kg 体温 °C

アレルギー(薬 食 無)

今日はどうされましたか？(排便の状態や食欲の有無もお書き下さい)

それは いつからですか？

そのことで どちらの医師の診断を受けましたか？(はい・いいえ)

病院名

病名及び服薬剤

今までにかかった、大きな病気はありますか？