

初診問診票

① 住所 を教えてください

_____ 県 _____ 市 _____ 町 _____

② 御氏名 を教えてください

③ 年齢 を教えてください

_____ 歳

④ 生年月日 を教えてください

_____ () 大正 () 昭和 () 平成 () 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

⑤ 電話番号 (携帯等つながるもの) を教えてください

_____ - _____ - _____

⑥ 体温 を教えてください

_____ °C

⑦ これまでにかかった大きな病気がありましたら教えてください

⑧ 現在治療中の病気がありましたら教えてください

⑨ いつからどのような症状がありますか？

⑩ これから受ける診察に対するご希望があれば教えてください

⑪ この病院をどのように知りましたか？

_____ () 知っていた・() インターネット・() 紹介 (_____) 様・() 知人より

ご連絡ありがとうございます

Mail: syosin@mie-enge.jp