

新患問診票

受診年月日 年 月 日

氏名 年齢

今日はどなたとご一緒に来院されましたか。(○をつけてください)

- 一人で
ご家族と一緒に (続柄:)
ご家族以外の人と (関係:)

どのような症状でお困りですか。簡単にご記入ください。

[]

これまでにお薬を飲んでアレルギーを発症したことがありますか。

- なし あり(下にご記入ください。)

薬剤名:

教育歴についてお答えください。

- 中学校、高校、高専、短大、大学、大学院、その他

女性の方はお答えください。

- 初潮: 歳
月経: 規則的 不規則 周期: _____ 閉経
妊娠: 妊娠中 妊娠していない
妊娠歴: なし あり → _____回

家族構成についてお答えください。

氏名	年齢	続柄	同居/別居	健康状態
	才			健康・病気有 ()
	才			健康・病気有 ()
	才			健康・病気有 ()
	才			健康・病気有 ()
	才			健康・病気有 ()

緊急時の連絡先を教えてください。

電話番号 _____ 氏名 _____ ご関係 ()