

初 診 時 間 診 票

住所 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号 _____

氏名 _____ 職業 _____

生年月日 大・昭・平 年 月 日 (以前の職業でもかまいません)

下記の質問事項に、ご記入下さい。

1. *今日は、どこがどのように具合が悪くておいでになりましたか？

症状をお書き下さい。

*その症状は、いつ頃から始まりましたか？

2. あなたは、今までに何か大きな病気で治療(入院)、手術などを
受けたことがありますか？

①ない ②ある (病 名：)

(いつ頃：)

3. 現在、通院している病院がありますか？

①ない ②ある (病 名：)

(病院名：)

(いつ頃から：)

(服用中の薬の名前：)

(裏面に続きます)

