

問診票（初診・再診）

再診の方も、生年月日・電話番号までご記入ください。（同姓同名の方がいます）

記入日 年 月 日

ふりがな	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	男・女 日 歳
氏名			
ご連絡先の電話番号			
住所変更された方は、新住所 〒			
本日の診療科：内科・整形外科・小児科・皮膚科・泌尿器科・その他			身長 体重
※ご連絡の際「大角医院」と名乗ってもよろしいですか 「可」 ・ 「不可」			
記入者の氏名		続柄	

いつからどのような症状がありますか？	体温 ℃
いつから： 症状：	

本日もっとも辛い症状はどの症状でしょうか？

◇同じ症状で他院を受診されましたか？ 「はい」 ・ 「いいえ」

年 月 日 病院名（ 外来・入院）

お薬等の処方がありますか？（ ）

◇現在、他の病院で治療中の病気、定期的にお薬等をもらっていますか？

※お薬手帳等がある方は受付にお渡してください

病名（ ）

お薬（ ）

◇今までに手術をしたことがありますか？ 「はい」 ・ 「いいえ」

年 歳 病名（ ）

年 歳 病名（ ）

◇お薬、食べ物のアレルギーはありますか？ 「はい」 ・ 「いいえ」

「はい」方は、その内容についてご記入ください

（ ）

◇女性の方にうかがいます（該当の□にレ点でチェックしてください）

妊娠中 授乳中 妊娠の疑いがある（最終月経 年 月 日）

※ご記入ありがとうございました。

症状により順番は前後する可能性があります。ご了承ください。

お薬手帳、診療情報提供書、診断書などお持ちの方は受付にお渡してください。