

# 問診票（初診・再診）

再診の方は、「氏名」と「症状」をご記入ください。

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令 男・女
氏名			年 月 日 歳
住所	〒	電話番号	
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  
（ ）

◇女性の方にかがいます

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ください。