

No. 初診時間診票（成人） 受診日 年 月 日

ふりがな
氏名 _____ (男・女)

生年月日 年 月 日 (才)

住所 〒

連絡先 自宅 ()
携帯 ()

本日はどうされましたか？

症状・いつから 体重 Kg 本日のお熱 ℃

既往歴（今までかかった大きな病気）*ない場合もその旨ご記入ください

アレルギー（薬、食品）はありますか？

嗜好品について

タバコ 吸わない・吸う (本/日 年)
アルコール 飲まない・飲む (毎日・時々)

女性の方にかがいます

- 妊娠中
- 妊娠の可能性あり
- 妊娠の可能性なし
- 授乳中