

# 初診票

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	年齢	歳
氏名		生年月日	明治・大正 昭和・平成	年 月 日	
住所	〒 _____				
電話		携帯電話			
緊急時の連絡先（ご本人以外）					

※診察時には、体調確認の為体温と血圧の測定をお願いいたします。下記にご記入ください。

体温 \_\_\_\_\_ ° 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 脈拍 \_\_\_\_\_ 回/分

●診察を希望される症状について教えてください。  
いつ頃からどのような症状ですか？

●下の図に痛みや腫れのある箇所を  
チェックしてください。

.....

.....

.....

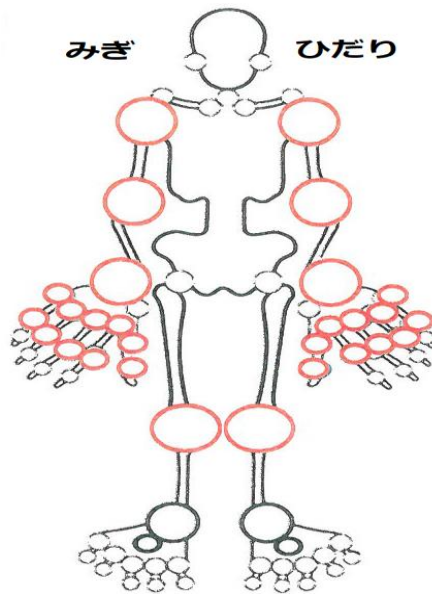
.....

.....

.....

.....

.....



●今までかかった病気（既往歴）・現在治療中の病気について教えてください。

年齢	病名	通院先・入院先	処方されているお薬
		入院 通院	
		入院 通院	
		入院 通院	
		入院 通院	
		入院 通院	



・その他（ )

**ご記入ありがとうございました。お手数ですが受付までお持ちください。**