

初診時の問診

フリガナ			
氏名		生年月日	西暦 年 月 日
住所	〒	職業	
電話番号		年齢	歳
携帯番号		身長	cm
mail		体重	kg

アレルギー（医薬品・食品）について

--

一番治したいこと

--

現病歴（上記の症状はいつから始まり、どのような状態か）

--

既往歴	現在、通院している他の医療機関	現在の服用薬
	以前に罹患した病気	

家族歴（家族の病歴）

--