

# 初診問診表

今里ハートクリニック

氏名	ふりがな	性別	紹介状の有無	あり	なし
		男・女	紹介元	↓	
生年月日	M・T・S・H	年	月	日	( )歳
ご住所	〒		●当院を何で知って頂きましたか？		
			他院採血の有無	あり	なし
		処方内容の有無	あり	なし	
電話番号		携帯番号			

●どのような症状で来院されましたか？（いつから、どのような感じ、具体的に）

●現在どこかに通院されてますか？（どのような病気でどこの医療機関に）

●手術を受けられたことはありますか？（いつくらいに、どんな手術を）

●現在内服中のお薬があれば記入して下さい。

●アレルギーはありますか？（食べ物・薬・アルコール綿など具体的に）

●喫煙について（○をしてください）

なし・あり → 1日約 本 喫煙歴 年

●飲酒について（○をしてください）

なし・あり → 1日 を約 本

●下記の疾患（病気）と診断されたことはありますか？（○をしてください）

糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 高血圧 ・ 高尿酸血症 ・ 腎臓病

●診察を受けるにあたってご意見、またお名前の呼び方などご要望等があればご記入下さい。

●当院までなにでお越しにいただきましたか？（○をしてください）

徒歩 ・ 自転車 ・ 車 ・ バス ・ 電車

※計測後記入

※身長	
	cm
※体重	
	kg