

ハートクリニック 初診問診表

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生 年 月 日
		大正 昭和 平成 年 月 日
連絡先	〒	TEL
	E-mail	携帯
職業		

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

■本日はどうなさいましたか。

発熱、頭痛、のどの痛み、鼻水、咳、痰、腹痛、嘔吐、下痢、
動悸、息切れ、呼吸苦、胸痛、むくみ、いびき

その他具体的に： _____

■いつからですか？ 約 _____ 頃から

■今まで大きな病気・外傷あるいは現在治療中の病気がありますか？

・なし

・あり → どんな病気・けがでしたか？ (_____)
いつ頃 (約 _____ ヶ月前 / 約 _____ 年前)

現在治療中： _____

■現在飲まれているお薬はありますか？

・なし ・ あり → どんなお薬ですか？ (_____)

■今までアレルギー・特異体質といわれたことがありますか？

・なし ・ あり (薬： _____ 食品： _____ その他 _____)

■たばこ：吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている： _____ 本/日 (~ _____ 歳)

■酒：飲まない・飲む：毎日・週 (_____) 回・機会飲酒 (種類： _____ 飲酒： _____)

■妊娠の可能性： あり・なし 授乳中： はい・いいえ

■当院をどこでお知りになりましたか？

近所、知人の紹介、他院からの紹介、チラシ、ホームページ、その他 (_____)

■その他ございましたら、お書きください。