

# 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	住所 〒	自宅電話番号
	E-mail	携帯番号
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、鼻づまり、咳、痰、腹痛、嘔気、嘔吐、  
下痢、便秘、動悸、息切れ、呼吸苦、胸痛、むくみ、  
いびき、めまい、男性型脱毛症（AGA）

その他具体的に：

■いつからですか？ 約 \_\_\_\_\_ 頃から \_\_\_\_\_

■本日、検査のご希望がある方は下記に○をお付け下さい。

採血 ・ 検尿 ・ レントゲン ・ 心電図 ・ ホルター（24時間心電図）

エコー（超音波：心臓） ・ 運動負荷検査

睡眠時無呼吸検査 ・ インフルエンザ ・ 溶連菌 ・ アレルギー

■手術や輸血をしたことがありますか？ ある ・ ない

■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⇒ 糖尿病 ・ 心臓 ・ 腎臓 ・ 肝臓 ・ 脳血管 ・ 眼

コレステロールが高い ・ 血圧が高い ・ 喘息

どのような病気・けがでしたか？（ \_\_\_\_\_ ）

いつ頃（ \_\_\_\_\_ 歳頃）

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（館林厚生病院・その他）、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。