

新東京ハートクリニック・新東京クリニック 問診票

(初診 ・ 再診)

※○で囲んでください

記入日

平成 年 月 日

ID: -

ふりがな

氏名

男
女

生年月日

大・昭・平 年 月 日 (歳)

住所:

(自宅)

電話番号:

(携帯)

身長: cm 体重: Kg

■ 今回のような症状のため受診されましたか？

いつから () どのような症状
ですか？ ()

■ 検診結果や他院からの紹介状はありますか？ なし あり

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、ご記入ください。

なし

あり (病名:)

■ 今までに手術をしたことはありますか？

なし

あり (病名:)

■ 輸血を受けたことはありますか？ なし あり

■ 薬物のアレルギーはありますか？ なし あり()

食物のアレルギーはありますか？ なし あり()

■ 現在、飲んでる薬はありますか？ お薬手帳をお持ちの場合はご提示下さい。

なし あり

■ たばこ 吸わない 吸う

(1日 _____ 本)

■ アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでいた

(種類:1日 _____ 本/合)

■ 女性の方へ

妊娠している可能性はありますか？ ない ある

問診票記入後、保険証と一緒に受付に提出して下さい。

職員記載欄

新患	紹介	登録時間	担当	看護師