

新東京クリニック・ハートクリニック共通問診票

年 月 日 ※受診希望の方は下記太枠内を記入し、保険証と共に受付に提出して下さい。

診察券番号:		生年月日	
フリガナ			
お名前		男	年 月 日生
		女	(歳)
職業:	身長	cm,	体重 kg
住所:	〒 -		
	電話番号:	()	
	携帯番号:	()	
緊急連絡先: お名前:	電話番号:	()	
	続柄:		

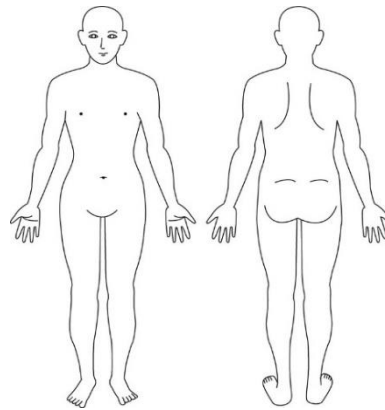
受診 診療科

糖尿病内科
心臓内科
心臓血管外科
内科
消化器内科
呼吸器外科
消化器外科
整形外科
形成外科
皮膚科
泌尿器科

※上記の診療科以外、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、脳神経外科、眼科、乳腺外来、下肢静脈瘤外来は専用問診票にご記載ください。

■いつから、どのような症状がありますか？

いつから:
症状:



・けが ※部位を図に○で囲んでください
(通勤中・工作中・交通事故)
・その他

■新型コロナワクチン接種しましたか？

・なし・あり: 接種回数 _____回 最終接種日(年 月 日)

■新型コロナウイルス感染罹患歴 ・なし ・あり(年 月 日)自宅待機解除(年 月 日)

■現在治療中、または以前にかかった病気はありますか？

当てはまるものを○で囲み、治療内容、医療機関名を記入して下さい

・高血圧	・肝	・腎臓病
・糖尿病	・がん	
・高脂血症	・ぜんそく	
・心臓疾患	・脳梗塞、脳出血	
・その他		

■服用中の薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方はご提示ください)

・なし ・あり 薬品名: _____

■今までに手術の経験はありますか？

・なし ・あり いつ頃: _____ 病名: _____

■ご家族の病歴を教えてください。

どなたが: _____ 病名: _____

■薬のアレルギーはありますか? ・なし ・あり: _____
他にアレルギーはありますか? ・なし ・あり: _____

■たばこ ・吸わない ・過去に吸っていた ・吸う(_____本/日 _____年間)

■アルコール ・飲まない ・飲む(種類: _____ 1日の量 _____)

■女性の方へ質問です。現在妊娠中ですか?当てはまる項目に○をつけてください。

・妊娠中 ・いいえ ・わからない(最終月経: _____月 日~ _____月 日)
・授乳中 ・閉経(_____歳頃)

—以下職員記入欄—

◆紹介状: 無 ・ 有

◆V/Sなど

◆最終飲食日時

月 日

時 分

内容:

◆付き添い

新 患	
登 録 時 間	
受 付 担 当	
看 護 師	
Scan ※するものにレ点チェック	