

新東京クリニック・ハートクリニック共通問診票

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。

診療科

心臓内科
心臓血管外科
内科
消化器内科
外科
整形外科
皮膚科
形成外科

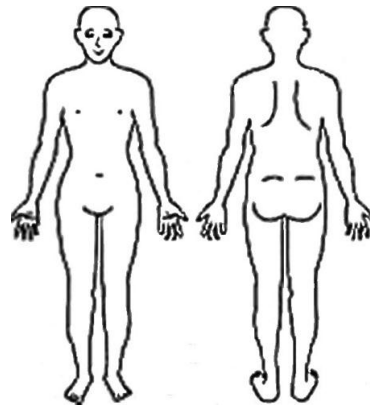
※上記の診療科以外、耳鼻咽喉科・頭頸部外科、脳神経外科、眼科、乳腺外来、下肢静脈瘤外来は専用問診票にご記載ください。

診察券番号： フリガナ		生年月日 M・T・S・H 年 月 日生 (歳)	
お名前		男	女
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：			

■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



■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
- ・糖尿病
- ・高脂血症
- ・心臓疾患
- ・脳梗塞、脳出血
- ・肝 腎臓病
- ・がん
- ・ぜんそく
- ・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)

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	