初診問診表

ID		紹介状	なし　・　あり
ふりがな		性　別	男　・　女
氏名		生年月日	年齢(　　)
住所	〒		
電話番号		身長　　cm	体重　　kg

① どういった症状で来院されましたか。

② 現在別の病気で他の病院にかかられていますか。

③ 現在、お飲みになられているお薬があればお書きください。

④ アレルギーはありますか。
食べ物
お薬
採血(ｱﾙｺｰﾙ綿)

⑤ 喫煙　なし　・　ある　(1日　　本ぐらい)
飲酒　なし　・　ある　(1日　　本ぐらい)

⑥ 次の疾患はありませんか？該当するものに○をつけてください。

糖尿病　・　高脂血症　・　高血圧　・　高尿酸血症

⑦ これから受ける診察についてご希望やご意見がありましたら
お気軽にお書きください。

⑧ 来院手段（　徒歩　・　車　・　バス　・　自転車　・　電車　）
その他[　　]

⑨ お名前の呼び方など個人情報の扱いに特にご希望がありましたらお書きください。

IHC 今里ハートクリニック
IMAZATO HEART CLINIC