

内科初診患者様問診票

かどた内科ハートクリニック

記入日 年 月 日

ふりがな				男	大正・昭和・平成・令和		
お名前				女	年 月 日生 (歳)		
ご住所	〒			(自宅TEL.) (携帯)			
身長	c m	体重	kg	腹囲	cm	体温	℃ B M I

①どこが悪いですか？（困っている症状をご記入ください）

・いつからですか？ ・今日 ・昨日 ・2～3日前 ・1週間前 ・それ以外【 】

②今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

☐ ない ☐ 高血圧症 ☐ 不整脈 ☐ 狭心症・心筋梗塞
☐ 脳梗塞・脳出血 ☐ 糖尿病 ☐ その他【 】

③今までに手術をされたことは、ありますか？

☐ ない
☐ ある 【手術名： 】

④現在服用しているお薬はありますか？（お薬手帳 ☐ ある ☐ ない）

☐ ない
☐ ある 【お薬の名前： 】

⑤お薬で発疹や下痢などの症状（薬剤アレルギー）が出たことはありますか？

☐ ない
☐ ある 【お薬の名前： 】

⑥タバコを吸いますか？

☐ はい 1日約 本（ 歳～）
☐ 以前は吸っていた 1日約 本（喫煙期間 歳～ 歳）
☐ いいえ

⑦お酒を飲みますか？

☐ はい（ビール・日本酒・焼酎・ワイン・ウイスキー）を1日あたり ml ぐらい
☐ いいえ

⑧・いびきが大きいと感じることがありますか？ ☐ はい ☐ 人から指摘されたことがある ☐ いいえ
・日中の眠気を感じることがありますか？ ☐ はい ☐ 人から指摘されたことがある ☐ いいえ
・明け方の頭痛がありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

⑨【女性の方のみ】 妊娠している可能性はありますか？

☐ ない ☐ ある

⑩当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報（受診歴・健診歴・服薬情報等）を取得することに同意されますか？ ☐ はい ☐ いいえ

当院では、患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めております。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
ご提供いただいた情報等は、医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません。