



問診票

記入日 年 月 日

フリガナ ()

お名前 男 ・ 女

生年月日 (大正・昭和・平成) 年 月 日 (才)

〒□□□-□□□□

御住所

お電話番号 (携 帯)

★緊急連絡先 (お名前) (お電話番号)

体温 _____ °C ⇒ (※発熱している方はお申し出ください)

海外渡航歴 ... なし ・ あり (いつ頃:) (国名:)

① 今回の健康診断で再検査・精密検査が必要になられた項目を教えてください。

[]

② 上記の項目で自覚症状があればどのような症状かを教えてください。

なし ・ あり → []

③ 今までにかかった病気・現在治療中の病気はありますか？

[]

身長 . cm
体重 . kg

④ お薬や食べ物でアレルギー (発疹・気分不快など) を起こしたことはありますか？

[]

来院時血圧

お薬手帳・診療情報提供書をお持ちの方は受付までお願いします

.....よろしければ、当院を受診されたきっかけを教えてください。.....

- 1) ホームページ 2) 駅の広告 3) 電柱広告
4) ご紹介 (様) 5) その他 ()

ご協力ありがとうございました。 たけいハートクリニック