

ご記入日		年	月	日	花小金井ハートクリニック問診票	
フリガナ				生年月日	年 月 日 () 歳	
お名前				性別	☐ 男性 ☐ 女性	
ご住所	〒	自宅電話				
		携帯電話				
		緊急 連絡先	お名前 電話番号			
当院でマイナ保険証をお使いですか？ ☐ はい ☐ いいえ						
はいの方は当院で診療情報(健診結果や処方内容)取得に同意していただけますか？ ☐ はい ☐ いいえ						

該当する項目に☑チェックを付けてお答えください。

今日は どうされ ましたか？	胸部症状	☐ 胸痛 ☐ 胸が苦しい ☐ 圧迫感 ☐ 動悸				
	風邪症状	☐ 熱がある(度) ☐ 咳 ☐ 喉の痛み ☐ 痰(色:) ☐ 鼻水(色:)				
	腹部症状	☐ 腹痛 ☐ 吐き気 / 嘔吐 ☐ 下痢 ☐ 食欲低下				
	その他	※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください。				
症状はいつ からですか？	☐ 今日から ☐ () 日前から ☐ () 週間前から ☐ 現在症状はない ☐ その他()					
現在治療中の 病気 過去に治療・ 手術した病気	☐ ある ※「ある」とお答えの方 ☐ ない ☐ 高血圧 ☐ 心臓疾患(不整脈も含む) ☐ 糖尿病 ☐ 脳疾患 ☐ 肝臓疾患 ☐ 高脂血症 ☐ 緑内障 ☐ 喘息 ☐ その他()					
飲んでいる薬はありますか？	☐ ない ☐ ある※「ある」とお答えの方薬品名()					
お薬や食品で アレルギーは ありますか？	☐ ある ※「ある」とお答えの方 ☐ ない 薬品名() 食品名()					
飲酒: ☐ 飲まない ☐ 飲む 毎日・週()回・機会飲酒 // 喫煙: ☐ 吸わない ☐ 吸う 本/日(~ 歳)						
女性の方へ	☐ 妊娠中()ヶ月 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中					
当院を何で しましたか？	☐ 家族・知人の紹介 ☐ 広告 ☐ インターネット ☐ 口コミ ☐ 看板 ☐ ご紹介(どちらから) ☐ その他					

看護師記載欄

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。
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。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）加算させていただきます。