

草津ハートセンター 問診票

記入年月日 年 月 日

※マイナンバー保険証による診療情報の取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ ・ 持っていない

フリガナ	生年月日		
氏名	男 女	大正・昭和・平成・令和	
年 月 日 (歳)			
住所 〒	(マンション名、〇〇号室までお書きください)		
電話番号	身長	cm	
携帯番号	体重	kg	

1、本日はどのような症状(理由)で来院されましたか。

※紹介状や検査結果、または健診の結果などお持ちでしたら一緒に受付にお渡ししてください。

2、現在または過去に次の病気で医師にかかった事がありますか。かかった病気に○をして下さい。

心臓病 高血圧 高脂血症 糖尿病 肝臓病 腎臓病 胃腸病
喘息 貧血 その他 ()

3、常用しているお薬はありますか はい ・ いいえ お薬手帳または、お薬の情報用紙をお持ちですか？ はい ・ いいえ

薬の内容： (お薬手帳をご提示いただく場合は不要です)

4、今までに手術を受けた事がありますか。

はい (手術名：) ・ いいえ

5、薬を飲んで異常があった事がありますか。

はい () ・ いいえ

6、生活習慣について

* たばこ 吸っている (本/日) ・ 吸わない ・ 過去に吸っていた

* アルコール類 飲む (合/日) ・ 飲まない

7、声が聞きにくいですか。 はい ・ いいえ

8、女性の方へ

現在、妊娠されていますか はい ・ いいえ ・ 可能性がある ・ 授乳中

* 当院を、何でお知りになりましたか。さしつかえなければ教えてください。

医療機関からの紹介 家族や知人からの紹介 インターネット 通りがかり 看板
講演会 (いきいきハート塾・公開講座) テレビ 新聞 広報 その他 ()