

新規患者問診票

フリガナ
名前

様 (男・女)

生年月日 年 月 日 (才) (体重 kg)

〒

住所

電話番号 (スマホ)

(今日の症状) かぜ症状 頭痛 胃腸症状 花粉・アレルギー

熱 健診で再検査 その他 ()

紹介状あり

治療中の病気 高血圧 糖尿病 脂質異常 心疾患

不整脈 喘息 脳梗塞 その他 ()

服用中の薬

なし

あり ()

通院歴 ()

入院歴 ()

手術歴 ()

アレルギー

なし

薬 ()

食物 ()

喫煙

吸わない

吸う 1日 () 本

やめた 過去には1日 () 本

() 年前

飲酒

飲まない

ビール 日本酒 ウイスキー その他 ()

を1日 () ぐらい飲む

女性のみ

妊娠中ですか いいえ はい () 週目

授乳中ですか いいえ はい

当院は、診療情報を習得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を習得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

丹陽クリニック