

初診表

(フリガナ) 氏 名

郵便番号	〒		
住 所			
電話番号	(携帯)	(自宅)	
生年月日	(昭・平・令)	年	月 日 (歳)
性 別	男 女	(自由記入です)	
血液型	(A B O AB)	RH (+ -)	
飲 酒	① 毎日 ② 4~6日/週 ③ 2~3日/週 ④ 機会飲酒 ⑤ 全く飲まない ⑥ その他		
タバコ	① 20本/日以上 ② 20本/日 ③ 10本/日 ④ 5本/日以下 ⑤ 全く吸わない ⑥ やめました 喫煙年数 (約 年)		
身長	cm	体重	kg
体温			度
血圧	/	mmHg	心拍数 /Min

●今日はどうなさいましたか？

--

体調不良や体調で何かご心配があっご来院のかたへ

症状・状態の詳細を記入して下さい

●症状

●現在症状自覚はありますか？（いずれかに○印を）

変わらずあります ・ 軽減してはありますがあります

症状は現在ありません

●症状がないかたへ、最終自覚症状はいつですか？

●この症状はいつからですか？

●症状をなるべく詳しく記載して下さい

●この症状に対してお薬服薬や他院受診をなさいましたか？

内服しました（お薬名：_____） ・ していません

他院受診をしました（病院名：_____） ・ していません

現在他院ご通院やお薬を飲んでおられる場合には、差支えなければ
ご通院医療機関名をお教え下さい。

また、お薬手帳をご提示いただけますと幸いです。

【記入必須】

●既往歴（今まで病気・ご通院歴）はありますか？（いずれかに○印を）

あります ・ ありません

※あるかた

（疾患名： _____ ）

（ご通院医療機関名： _____ ）

●現在他院に

通院しています ・ 以前は通院していましたが現在はしていません

（いずれかに○印を）

●他院ご通院中のかたは

（疾患名： _____ ）

（ご通院医療機関名： _____ ）

●現在他院ご通院中のかたでお薬を内服なさっておられるかた、薬剤名
をご記入ください

（内服薬： _____ ）

●薬剤アレルギーが

あります ・ ありません

あるかたは（薬剤名： _____ ）

●食物アレルギーは

あります ・ ありません

あるかたは（食材名： _____ ）

●妊娠の可能性が

あります ・ ありません ・ よくわかりません

検診結果、他院採血検査結果等、ご提出を頂く書類がありましたら、
初診表と一緒に受付へ提出下さい

内科・循環器科

池田響子ハートクリニック