



この度は当院を受診いただき誠にありがとうございます。診療をスムーズに行うため、以下の問診にわかる範囲でお答えください。  
おおや内科ハートクリニック 大家 理伸

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住所 〒 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

本日はどのような理由で受診されましたか？いつ頃からどのような症状がありますか？

いままでにかかったことのある病気を分かる範囲でご記入ください

通院中の病院やクリニック  なし  あり 処方のある方は薬手帳を提出ください

喫煙歴  なし  あり (現在 本/日 以前 本/日 喫煙期間 年)

飲酒歴  なし  あり (種類 \_\_\_\_\_ 量 \_\_\_\_\_ 頻度 毎日 ・ \_\_日/週 ・ 時々)

アレルギー  なし  あり ・ある方は具体的にご記入ください

コロナワクチン接種歴  なし  あり ・ある方は具体的にご記入ください

回数 \_\_\_\_\_回 最終接種日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 ( 不明 )

下記に該当する項目はありませんか？  なし  あり

妊娠中 ・ 授乳中 ・ 3か月以内の海外旅行 ・ 現在同居者の発熱

マイナ保険証を利用し、診療情報を取得することに同意しましたか？  はい  いいえ

当院を何でお知りになりましたか？

家族・知人から ・ インターネットをみて ・ 建物をみて

紹介 ( \_\_\_\_\_ ) ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

診療においてなにかご要望がございますか？