

問診票

平成 年 月 日

| | | | | |
|------|-----|-----|--------|------------|
| フリガナ | 年齢 | 性別 | 配偶者 | 出産歴 |
| お名前 | 歳 | 男・女 | 無・有 | 無・有()人 |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 最近()ヶ月で |
| | | | kg | 増えた 減った |
| 職業 | | | | |
| 現住所 | 〒 - | | 電話(自宅) | () |
| | | | 電話(携帯) | () |

●下記の質問にお答えください。該当する項目があった際は詳細もお書きください

| | |
|-------------------------------|---|
| 受診された目的は何ですか？ | <input type="checkbox"/> 症状がある <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 超音波(エコー)検査 <input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 禁煙外来 <input type="checkbox"/> その他() |
| 症状がある方はいつ頃からですか？ | <input type="checkbox"/> 本日急に <input type="checkbox"/> 昨日から <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> ()週間前から <input type="checkbox"/> それより前から ※具体的にお書きください () |
| 症状を具体的に お書きください | どこが () どのように () |
| 大きな病気をした ことがありますか？ | いいえ・はい → 病名 () 手術をしたことはありますか？ ある・ない |
| 今、治療中の病気 はありますか？ | いいえ・はい → 病名 () 服用中の薬 () ※お薬手帳のある方は受付にお出してください |
| 今までにお薬でアレルギー が出たことはありますか？ | いいえ・はい → 薬品名 () |
| お酒は飲みますか？ | 飲まない・飲む → お酒を飲む機会 () お酒の種類 () 1回に飲む量 () |
| タバコを吸いますか？ | 吸わない・やめた・吸う → 1日()本 喫煙期間()歳 ~ ()歳 |
| 女医の診察を希望しますか？ | 希望する・しない ※女医による診察は月曜9:00~12:30、14:00~18:00です |
| ★女性の方のみ 現在、妊娠されていますか？ | ●妊娠または妊娠の可能性 ある・ない ●授乳中の有無 はい・いいえ |
| ★大腸・痔でお悩みの方のみ 排便回数をお答えください | ※1日何回、週何回など具体的にお答えください () |

当院をお知りになったきっかけは何ですか？

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 当院の医師に診察を受けていたことがある (医師名:) | <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 () 様) |
| <input type="checkbox"/> 他院からの紹介 ●紹介状の有無 ある・ない (医療機関名:) (医師名:) | <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> その他 ※具体的にお書きください () |

ご質問や不安な点がございましたら、ご自由にお書きください