

問診票

令和 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	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？

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

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