

# 問診票

年 月 日

お手数ですが、該当するものに印をつけていただき、必要個所にはご記入もお願いいたします。

お名前		男 ・ 女	歳
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月 日
現住所	電話番号		
1. 本日はどのような症状で来院されましたか？ 本日の自宅での体温 ( ) °C			
・ 今日何か食べてきましたか？ (はい・いいえ) ・ 内視鏡検査を希望ですか？ (はい・いいえ)			
2. 今までにかかった病気、または現在治療中の病気、手術歴はありますか？ (はい・いいえ)			
1. 高血圧      2. 糖尿病      3. 高脂血症      4. 痛風      5. 心臓病			
6. 喘息      7. 腎臓病      8. 肝臓病      9. 婦人科疾患      10. 脳疾患			
11. 神経疾患      12. 甲状腺      13. 緑内障      14. 結核			
その他 ( )			
3. ご家族で大きな病気 (がんなど) にかかったかたはいますか？ (はい・いいえ)			
誰 ( ) が 病気 ( )      誰 ( ) が 病気 ( )			
4. 現在飲んでいるお薬はありますか？			
薬剤名 ( )			
5. お薬や食べ物でアレルギーを経験したことはありますか？ (あり ・ なし )			
薬剤名・食べ物名 ( )			
6. 嗜好品について			
タバコは吸いますか？ (吸わない ・ 以前吸っていたがやめた ・ 吸う )			
お酒は飲みますか？ 顔は赤くなりやすいですか？			
( 顔が赤くなりやすい ・ 飲まない ・ 週に3日以上飲む ・ 機会があるときだけ )			
7. 女性の方 現在、妊娠されている、または妊娠の可能性はありますか？ (あり ・ なし )			
現在授乳されていますか？ (あり ・ なし )			
8. 当院を受診されたきっかけは？			
1. 前院長の頃から知っている      2. インターネット      3. 電柱広告			
4. 自宅や職場から近い      5. ご家族やご友人からの紹介 (どなた: )			
6. 医療機関からの紹介 ( )      7. その他 ( )			
その他ご質問・ご要望がありましたらご記入ください			

最後までご記入いただきありがとうございました。