

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。

ふりがな		男 ・ 女	歳	
お名前				
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				
★マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ (はい ・ いいえ)				

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

最後までご記入いただきありがとうございました。

間中胃腸内科外科