

## 問診票

フリガナ  
氏名 \_\_\_\_\_ 男・女⇒妊娠の可能性 有( 週)・無・授乳中( 才 ヶ月)

生年月日 S H / / 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 職業 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

自宅住所 〒 \_\_\_\_\_

連絡先 ☎ \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ その他連絡先(携帯電話等) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_→検査結果等で緊急な連絡をさせて頂く場合がありますので、必ず連絡がとれる番号に☑をお願いします。

① 受診理由・・・現在気になる症状を教えてください。(例：空腹時の胃痛)

★症状はいつ頃からですか？(例：1週間前から)

上記症状で飲まれた薬はありますか？ はい・いいえ

② 現病歴・・・現在治療中の病気はありますか？ はい いいえ

病名 \_\_\_\_\_ (SHR 年 月～) 病名 \_\_\_\_\_ (SHR 年 月～)

☺常用薬がありましたらご記入ください・・・お薬手帳等お持ちでしたら一緒にお出してください

--

③ 既往症・今までに病気(入院、手術等)をしたことはありますか？ はい いいえ

病名 \_\_\_\_\_ (SHR 年 月) 病名 \_\_\_\_\_ (SHR 年 月)

④ 内視鏡検査を受けたことはありますか？ はい( 胃・大腸 ) いいえ

※「はい」の方はいつ検査をされましたか？ 胃 →最終検査日 (SHR 年 月)

大腸 →最終検査日 (SHR 年 月)

⑤ 採血時に気分が悪くなったり、失神を起こしたりしたことがありますか？ はい いいえ

⑥ 薬物アレルギー なし あり(薬物名 \_\_\_\_\_)

⑦ 現在の飲酒・喫煙 アルコール・・・種類 \_\_\_\_\_ 1日の量 \_\_\_\_\_ タバコ・・・1日 \_\_\_\_\_ 本

⑧ 血縁者に癌、糖尿病、高血圧、アレルギー疾患などあればお書きください。

続柄 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 病名 \_\_\_\_\_

⑨ 当クリニック来院のきっかけを教えてください。(いくつでも)

近所、紹介( \_\_\_\_\_ 様)、ホームページ、EPARK、その他( \_\_\_\_\_ )