

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

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 生活歴・・・現在の状態についてお書きください

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、タウンニュース、その他()