

# 本町ふしたに内科・消化器内視鏡クリニック 初診問診票

記入日          年          月          日

お名前	ふりがな	生 年 月 日
		大正 昭和          年          月          日 平成
連絡先	〒	TEL : 自宅 :
緊急連絡先	お名前 : 電話 :	続柄 :

診察にあたり下記の項目にお答えください。

■今回、受診の理由や、症状・機関を具体的に記入してください。

症状 : \_\_\_\_\_ いつからですか (期間) : \_\_\_\_\_

受診理由 : \_\_\_\_\_

■上記の理由で他の病院を受診されましたか? ( \_\_\_\_\_ )

■上記の症状で他の病院を受診されましたか? ( \_\_\_\_\_ )

■今まで指摘された病気、または入院・手術の経験はありますか?

アレルギー    [なし・あり⇒ (薬・造影剤・花粉症・食事など) 具体名 \_\_\_\_\_ ]

喘息            [なし・あり⇒ 最終発作 \_\_\_\_\_ ]

糖尿病        [なし・あり⇒ \_\_\_\_\_ (歳頃から)、治療内容 \_\_\_\_\_ ]

高血圧        [なし・あり⇒ \_\_\_\_\_ (歳頃から)、治療内容 \_\_\_\_\_ ]

■常用薬はありますか? [なし・あり⇒ どんなお薬ですか? お薬手帳をお持ちであれば持参ください]

( \_\_\_\_\_ )

■喫煙について

[ 喫煙歴なし・ 現在喫煙中・過去喫煙 ⇒ \_\_\_\_\_ 本/日 × \_\_\_\_\_ 年 ]

■飲酒について

[ 飲まない・飲む ⇒具体的に (例: 日本酒 1 合/週に 2 回 ): \_\_\_\_\_ ]

■女性の方について、お伺いたします。

現在妊娠の可能性はございますか? [ なし・あり ] [ 授乳中・授乳なし ]