問 診 票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和　　年　　月　　日　　歳
住所	〒　　ー		
職業	会社員 ・ 自営業 ・ パート ・ 学生 ・ 主婦 ・ 無職・その他 （　　）		
連絡先	自宅　　ー　　ー 携帯　　ー　　ー	緊急連絡先	続柄 （　　） 番号　　ー　　ー

～ 診 察 に あ た り 下 記 の 項 目 に お 答 え く だ さ い ～

1. 本日はどのような症状でご来院されましたか？

どのような症状：　　いつから（期間）：

健康診断で（　便潜血・尿潜血・ピロリ菌・バリウム検査異常・高血圧・高脂血症・高コレステロール・脂質異常
その他：　　）を指摘され来院

2. 身長　　㎝　体重　　kg　体温　　℃

3. 上記の症状で他の病院を受診されましたか？　□はい　□いいえ

病院名：

4. 今まで指摘された病気・現在治療中の病気はありますか？　□はい　□いいえ

□高血圧　（　　歳）□糖尿病　（　　歳）□腎臓病　（　　歳）□高脂血症　（　　歳）
□痛風　（　　歳）□心臓病　（　　歳）□喘息　（　　歳）□緑内障　（　　歳）
□肝臓病　（　　歳）□脳卒中　（　　歳）□甲状腺　（　　歳）□その他　（　　）

5. 今まで病気などによる入院・手術の経験はありますか？　□はい　□いいえ　□不明

病名　（　　）　いつ頃（　　）

6. ご家族で大きな病気にかかった方はいますか？　□はい　□いいえ　□不明

誰（　　）が　病気（　　）誰（　　）が　病気（　　）

7. 常用薬・内服薬はありますか？※お薬手帳持参あれば提出ください　□はい　□いいえ

薬剤名：

8. お薬・食べ物・その他でアレルギーはありますか？　□はい　□いいえ　□不明

薬剤名・食べ物等（　　）症状（　　）

9. 嗜好品について

タバコは吸いますか、吸っていたことがありますか？

□吸わない　□吸っている　□過去喫煙歴あり

お酒は飲みますか？

□飲まない　□週に3日以上飲む　□機会があるときだけ飲む

10. 女性の方について、お伺いいたします

現在、妊娠の可能性はございますか？　□はい（予定日：　　年　　月　　日）□いいえ

現在、授乳されていますか？　□はい　□いいえ

11. 内視鏡検査について

胃カメラをうけたことがありますか？　□はい（いつ頃：　　）□いいえ

大腸カメラをうけたことがありますか？　□はい（いつ頃：　　）□いいえ

12. 当院を受診されたきっかけは？

□インターネット　（　　）□駅広告　□自宅から近い　□職場から近い

□ご家族やご友人の紹介　（どなた：　　）

□医療機関からの紹介　（病院名：　　）　□その他（　　）