

問 診 票

年 月 日

フリガナ		男・女	昭和・平成・令和
お名前			年 月 日 () 歳
ご住所	〒 ー		
連絡先	携帯	自宅	

本日の体温 度

【本日のご来院についてお伺いいたします】 該当箇所にチェックを入れてください。

- () 症状があり診察希望 内科 肛門科 → 裏面の肛門科問診表もご記入ください。
・いつからですか 今日から 昨日から () 日前から その他 ()
・どのような症状ですか ()
- () 健康診断で二次検査希望
 胃 (バリウム) 大腸 (便潜血) 血液検査 尿検査 超音波検査 (エコー)
 その他 ()
- () 内視鏡検査 (胃カメラ・大腸カメラ)・その他検査希望
 胃カメラ 大腸カメラ 血液検査 エコー検査 CT 相談したい
・事前予約はありますか はい いいえ
- () 他院からの紹介
() 健康診断・予防接種希望
() その他

【内服中のお薬があればご記入ください】 お薬手帳などお持ちの方はご記入は不要です。

()

【今までにかかった病気・現在治療中の病気を教えてください】

- 特になし 高血圧 糖尿病 脂質異常 心疾患・不整脈
 脳血管障害 腎臓病 癌 ()
 その他 ()

【薬・食べ物のアレルギーはありますか】

- 特になし あり ()

【喫煙習慣はありますか】

- 吸わない 以前吸っていた 吸っている 平均 ____ 本/日 (____ 年間)

【飲酒習慣はありますか】

- 飲まない 時々飲む ほぼ毎日 ____ 回/週 ____ 合

【女性の方に伺います】 妊娠の可能性はありますか はい わからない いいえ

→ 妊娠中の方は予定日をご記入ください (月 日)

授乳中ですか はい いいえ

【その他 何かありましたらご記入ください】

()

ご記入ありがとうございました。