

問診票

ふりがな
お名前： _____ 様 男・女
生年月日：大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 才）
住所：〒 _____
Tel：（自宅） _____ /（携帯） _____

- 1) 今日は、どうされましたか？（いつから、どのような症状がありますか）

いつから…（ _____ 月 _____ 日頃から） 熱（ _____ ）

症状：胃痛・胃もたれ・胸やけ・喉のつまり感・吐き気・嘔吐
下痢・便秘・血便・腹痛・便が細い・その他（ _____ ）

健診結果：胃バリウム検査にて再検査・便潜血陽性

症状なし

- 2) 今までにかかったことのあるご病気はありますか？

- 3) 現在、服用しているお薬はありますか？（お薬の手帳や用紙があればご提示ください）

- 4) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ はい（ _____ ）

- 5) これまでに以下の検査はしたことはありますか？

胃カメラ（いいえ）（はい： _____ 年前 結果： _____ ）

胃バリウム（いいえ）（はい： _____ 年前 結果： _____ ）

大腸カメラ（いいえ）（はい： _____ 年前 結果： _____ ）

- 6) ご家族の中でがんにかかれた方はいらっしゃいますか？

いいえ はい（誰が： _____ どのな： _____ ）

（誰が： _____ どのな： _____ ）

- 7) アルコールは飲まれますか？

いいえ はい（週 _____ 日：内容 _____ ）

- 8) タバコは吸われますか？

いいえ はい（1日 _____ 本 × _____ 年間）

- 9) 女性の方のみ

妊娠されていますか？ いいえ はい 可能性あり

授乳されていますか？ いいえ はい

- 10) 当クリニックを何でお知りになりましたか？

インターネット（検索単語：複数可 _____ ）

家族の紹介 知人の紹介

近所、通りがかり

かかりつけの先生から紹介（医院または先生名： _____ ）

近所で看板を見た その他（ _____ ）

ご記入いただき有り難うございました。