

問診票

ふりがな

お名前： _____ 様 男 ・ 女

生年月日： 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (_____ 歳)

住所： 〒 _____

電話番号： (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)

2) 今までにかかったことのあるご病気や、治療中のご病気はありますか？

3) 服用されているお薬はありますか？ (お薬手帳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 (種類： _____)

5) これまでに以下の検査を受けられたことはありますか？

胃バリウム検査 なし あり (_____ 年前、結果 _____)

胃カメラ検査 なし あり (_____ 年前、結果 _____)

大腸カメラ検査 なし あり (_____ 年前、結果 _____)

6) アルコールは飲まれますか？タバコは吸われますか？吸われていましたか？

アルコール 飲まない 飲む (週に _____ 回、何をどのくらい _____)

タバコ なし 喫煙(歴)あり (1日 _____ 本、吸っていた時期 _____)

7) 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・SNS (種類： _____)

家族や知人の紹介

近所、通りがかり

他院の先生からご紹介 (病院または先生名： _____)

その他 (_____)