



## 問 診 票

ID

体温 \_\_\_\_\_ °C

ふりがな \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

男・女 住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

生年月日 年 月 日 歳 \_\_\_\_\_

緊急連絡用 TEL \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

ご職業 \_\_\_\_\_

1 今日はどうなさいましたか？

2 その症状はいつからですか？

3 女性の方にお聞きします。妊娠の可能性がありますか？・授乳中ですか？

いいえ・はい (妊娠 \_\_\_\_\_ カ月) ・ (授乳中である \_\_\_\_\_)

4 現在、服薬中のお薬はありますか？ (お薬手帳などがあれば受付に提出してください)

なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

5 お薬でアレルギー反応が出たことがありますか？

なし・あり (薬の名前: \_\_\_\_\_ 症状 \_\_\_\_\_)

6 現在治療中の病気や、これまでに治療した病気 (入院・手術など) はありますか？

なし・あり ( \_\_\_\_\_ )

7 喫煙歴

なし・あり ( 1日平均 \_\_\_\_\_ 本 \_\_\_\_\_ 年間 )

8 飲酒歴

なし・あり ( ビール・日本酒・焼酎・ワインを 1日・週・月 \_\_\_\_\_ ml \_\_\_\_\_ 年間)

9 内視鏡検査を受けたことがありますか？

なし・あり (胃内視鏡: \_\_\_\_\_ 年前 大腸内視鏡: \_\_\_\_\_ 年前 )

10 当院を何でお知りになりましたか

11 ご要望があればご記入ください。