問 診 票

（ID　　）　　記載日　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭・平　年　月　日		年齢	
氏名							
住所	〒　　ー		電話			職業	
			携帯				

あてはまる項目にご記入、または〇でかこんでください。

紹介状・お薬手帳・健診結果をお持ちの方は一旦すべて受付にお出しください。

1. 当院受診の理由は何になりますか？

・症状がある　・内視鏡（胃・大腸カメラ）のご相談　・健康診断で二次検査を指示された　・健康診断

2. 症状がある方は具体的にご記入ください。

いつから　　**症状**

（　　）

風邪・・・ 発熱　鼻水　のどの痛み　咳　痰

お腹・・・ 胸やけ　嘔気・嘔吐　胃痛　腹痛　下痢　下血　便秘

その他・・・【　　】

3. 現在、治療中の病はありますか？

・ 高血圧・心臓病	**はい・いいえ**	・ 緑内障	**はい・いいえ**
・ 糖尿病	**はい・いいえ**	・ 前立腺肥大症	**はい・いいえ**
・ 喘息	**はい・いいえ**	・ その他（　　）	

4. 現在お薬を服用していますか？　**はい・いいえ**

服用中の方は、お薬をご記入ください。

（　　）

5. 1年以内に内視鏡検査を受けたことがありますか？　**はい・いいえ**

いつ頃（　　）部位（ 胃 ・ 大腸 ）医療機関名（　　）

6. お腹の手術やその他の手術を受けたことがありますか？　**はい・いいえ**

胃　腸　盲腸　胆のう　子宮　卵巣　その他（　　）

いつ頃（　　）医療機関名（

7. 過去に大きな病気や入院をされたことがありますか？　**はい・いいえ**

（病名　　）

8. 過去に薬剤等でアレルギーをおこしたことがありますか？　**はい・いいえ**

（「はい」の方、具体的にご記入ください。　　）

9. 嗜好についておたずねします

・飲酒はされますか？　**はい・いいえ**　　1日の飲酒量（　　）×（　　）回／週

→飲酒時、顔は赤くなりますか？　**はい・いいえ**

・喫煙はされますか？　**はい・いいえ**　　1日喫煙本数（　　）本×（　　）年

10. 女性の方におたずねします。

・現在、妊娠中、または可能性はありますか？　**はい・いいえ**

・授乳中ですか？　**はい・いいえ**

大崎消化器内科クリニック