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			

紹介状・お薬手帳・健診結果をお持ちの方は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. 症状がある方はあてはまるものに〇をしてください。

いつから　　**症状**

風邪・・・ 発熱　鼻水　のどの痛み　咳　痰　【体温:　　℃】

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. 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。

6. 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

7. 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：当院　・ その他（　　）

8. 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：当院　・その他（　　）

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