

問 診 票

ID _____

令和 年 月 日 AM PM

ふりがな			生年月日	
お名前	男 ・ 女		T S H R	年 月 日 (歳)
住所	〒 -			
TEL	携帯 ()	身長	体重	
	自宅 ()	cm	kg	

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

・症状: _____ ・いつから: _____

・健康診断で指摘された。指摘された項目を選択してください。

便鮮血陽性 ピロリ菌 バリウム異常 高血圧 高コレステロール 肝機能異常

その他→(_____)

2. 下記の病気にかかった事がありますか？

高血圧 糖尿病 不整脈 喘息 腎臓病 脳梗塞

緑内障 アトピー性皮膚炎 その他(_____)

3. 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ない ある ※お薬手帳があればお出してください。

・薬剤名(_____)

4. お薬や食べ物でアレルギーを経験したことがありますか？

・薬剤 ない ある→(_____)

・食べ物 ない ある→(_____)

5. 嗜好品について

・タバコは吸いますか？ 吸わない 吸っている 以前吸っていたがやめた

※吸っている方 →(_____ 歳から、1日 _____ 本)

※以前吸っていた方→(_____ 歳から _____ 歳まで)

・お酒は飲みますか？ 飲まない 週に3日以上飲む 機会があるときだけ飲む

※顔は赤くなりますか？ ならない なりやすい

6. 女性の方へ ・妊娠されていますか？ いいえ はい ・授乳されていますか？ いいえ はい

7. 内視鏡検査について

・胃カメラを受けたことがありますか？ いいえ はい(いつ頃: _____)

・大腸カメラを受けたことはありますか？ いいえ はい(いつ頃: _____)

ご協力いただき、誠にありがとうございました。 しゅとう内科クリニック院長 首藤 理恵子