問診票

体温（　　℃）

フリガナ

氏名　　（男・女）　生年月日（大正・昭和・平成・令和）　　年　　月　　日生　　歳

〒　　―

ご住所

電話番号　　緊急連絡先　　（続柄　　）

1．　本日はどうされましたか。

□体の調子が悪い→いつ頃（　　月　　日頃から　　）

□現在の症状（　　）

□検診やドッグで異常あり　　□定期検診のため

□他院より紹介（紹介状・画像データ等を提出ください）

□予防接種　□便秘外来　□内視鏡の相談　□禁煙外来

□その他（　　）

2．　現在、なにか治療を受けられていますか。（はい・いいえ）

はいの場合は病名と飲んでいる薬の名前がわかれば書いてください。

お薬手帳などお持ちの方はお見せください。

病名（　　）　薬の名前（　　）

3．　今まで入院や手術など大きな病気にかかったことはありますか。（はい・いいえ）

病名（　　）

4．　食べ物や薬のアレルギーについて伺います。（当てはまる欄にチェックをお願いします）

□なし　□アルコール　□ラテックス　□ヨード　□ミント　□その他（　　）

5．　飲酒・喫煙について伺います。（当てはまる欄にチェックをお願いします）

□喫煙歴あり（　　本/日）　□喫煙歴なし　□昔喫煙歴あり（　歳まで　本/日）

□飲酒（ビール・日本酒・ウイスキー）　量＿＿＿＿（本・合・杯/日）

□機会飲酒　□飲まない

6．　女性の方に伺います。

妊娠していますか。（はい→＿＿ヶ月・いいえ・わからない）　授乳中ですか。（はい・いいえ）

7．　当院を受診されたきっかけは何ですか。（複数回答可）

□近所に在住　□公式ＨＰ　□Google　map　□その他ＨＰ　□道路看板　□駅看板

□知人の紹介　□病院の紹介　□その他（　　）

お手数ですが、ご記入いただきましたら受付にお渡しください。ご協力ありがとうございました。