

問 診 票

氏名 _____ 様 (男・女) 年齢 _____ 歳

※当院では、施設の構造スペースの関係で他の患者様への感染予防に対応できない為、
現在発熱・咳・たん・のどの痛みなど 風邪症状のある方の診察はしていません。ご理解とご協力をお願い申し上げます。

① 本日はどのような理由で来院されましたか？

- ・ お腹の症状 (腹痛 吐き気 胸やけ 食欲不振 お腹が張る)
 (胃痛 胃もたれ 下痢 便秘 血便 黒色便)
- ・ のどの症状 (のどのつかえ感 違和感)
- ・ 肛門の症状 (痛み 出血 かゆみ 違和感)
- ・ 内視鏡検査希望 (大腸カメラ 胃カメラ) 検査希望曜日 (月 火 水 金)
- ・ 検査や健診で異常を指摘された (便潜血陽性 ピロリ菌 バリウム検査 血圧)
 (尿酸 血糖値 コレステロール 肝機能)
 (その他 ())
- ・ その他 ()

② その症状はいつ頃からですか？ _____ から

③ 今回の症状で他の医療機関を受診されましたか？

いいえ はい 病院名(_____) 治療や投薬内容 (_____)

④ 現在治療中の病気はありますか？ はいの場合 該当するものに○をつけてください。

いいえ はい 高血圧 糖尿病 高脂血症 ぜん息 緑内障
 脳卒中 心臓病 不整脈 ペースメーカー埋め込み
 腎臓病 甲状腺 前立腺肥大 癌(部位 _____)
 精神疾患(_____) その他 (_____)

⑤ 今までに大きな病気になったことや、手術を受けたことがありますか？

いいえ はい 病名 (_____) いつ頃 (_____)

⑥ 現在飲んでいるお薬はありますか？ ※お薬手帳があれば受付にお出し下さい。

いいえ はい 薬品名 (_____)

⑦ 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ はい 薬剤名、食べ物名 (_____)

⑧ 女性の方 現在、妊娠中ですか？ もしくは授乳中ですか？

いいえ 妊娠中 妊娠の可能性がある 授乳中

⑨ 身長 _____ cm 体重 _____ Kg

⑩ お酒は飲みますか？ いいえ はい

⑪ 煙草は吸いますか？ いいえ はい (_____ 本/日)