

# 問診票

月 日 カルテ No

ふりがな		男・女		職業
お名前				
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日 歳
住所	〒 -			
電話番号	携帯 ( )	身長	cm	
	ご自宅 ( )	体重	kg	

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？  
 ・どのような症状→  
 ・いつから→  
 ( ) を指摘されて来院。

2. 特に調べてほしいこと、検査、治療などのご希望がありましたらご記入ください。

3. 過去に大きな病気の治療や手術などありますか？何歳くらいに治療されましたか？  
 なし  あり ( )

4. 現在、治療中の病気はありますか？  
 なし  あり ( )

5. 現在、飲んでいる薬はありますか？  
 なし  あり ( )

6. 喫煙とアルコールに関して教えてください。  
 喫煙  なし  あり  
 ( 本/日× 年間) 禁煙した 年前 それまで ( 本/日× 年間)  
 飲酒  飲まない  飲む (週 日) 種類・量 ( )

7. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？  
 なし  あり 薬剤 ( ) 食べ物 ( )

8. ご家族に病気の方はいらっしゃいますか？  
 なし  あり ( )

\*お腹の症状の方のみ  
 胃カメラを受けた事がありますか？  はい  いいえ  
 大腸カメラを受けた事がありますか？  はい  いいえ

\*女性の方のみ 現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？  はい  いいえ  
 現在、授乳されていますか？  はい  いいえ

\*当院をどちらでお知りになりましたか？  
 インターネット  看板  知人  近所  その他 ( )

ご協力ありがとうございました。さいとうクリニック 齋藤元伸