

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？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
4. 現在、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
5. 現在、飲んでいる薬はありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
6. 喫煙とアルコールに関して教えてください。 喫煙 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本/日× 年間) 禁煙した 年前 それまで (本/日× 年間) 飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 大腸カメラを受けた事がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
* 女性の方のみ 現在、妊娠または妊娠の可能性はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 現在、授乳されていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
* 当院をどちらでお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 近所 <input type="checkbox"/> 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