

問診票

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ID _____ □

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 (歳)
★お名前					
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			

該当する項目に☑チェックを付けてお答え下さい ★ 本日の体温 _____℃

ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介 ※ 紹介状をお持ちの方は受付へご提示下さい <input type="checkbox"/> 看板広告 <input type="checkbox"/> WEBから <input type="checkbox"/> 家族や知人の紹介 <input type="checkbox"/> 自宅や職場に近い <input type="checkbox"/> その他	
★ 本日は どうされましたか？	<input type="checkbox"/> 当院ホームページにて事前問診を行った <input type="checkbox"/> 胸やけ、のどのつまり <input type="checkbox"/> 胃が痛い <input type="checkbox"/> お腹が痛い <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 便に血が混じる <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> お腹の張り <input type="checkbox"/> 尿の異常 <input type="checkbox"/> 便秘 ※ 便秘にチェックをされた方は2枚目の問診票もご記入下さい <input type="checkbox"/> 胸が痛い <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 血圧が高い <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> ふらつき <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> じんましん、湿疹 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 健診で再検査を勧められた ※ 健診結果をお持ちの方は受付へご提示下さい (便潜血・胃・ピロリ・肝機能・脂質・血糖・血液・尿・その他：) <input type="checkbox"/> 保険外診療 (ビタミン点滴・抗体を調べたい 項目：) ※ 上記に当てはまらない場合や、その他相談したいことがあればこちらへご記入下さい	
★ 症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日 () 時頃から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在症状はない	
★ 検査のご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 相談の上で検討したい	
★ 本日お食事はされましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 時頃	
現在治療中の病気、 または過去に治療を受けた 病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいとお答えの方 病 名 () 病院名 () 時期 ()
服用中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいとお答えの方 薬品名 () ※ お薬手帳をお持ちの方はご記入は不要です 受付へご提示下さい
お薬や食品で アレルギーが出たことは ありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいとお答えの方 薬品名 () 食品名 ()
飲酒・喫煙について	お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎日 (1日に _____ を _____ 位)	
	たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (_____ 歳から、1日に _____ 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (_____ 歳から、 _____ 年間、1日 _____ 本位)	
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (_____ 週) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中	

※ 便秘の診察をご希望の方は2枚目の問診票もご記入下さい それ以外の方の問診は以上です ありがとうございます