

問診票

ID.

記入日:

年

月

日

フリガナ		生年月日	明・大 昭・平	年 月 日	年齢	歳
氏名						
住所	〒				性別	男・女
連絡先	(自宅)	-	-	(携帯)	-	- ※携帯電話も必ず記入ください

診察を希望する医師(医師)	他院から紹介状持参の有無(有・無)	健診結果持参の有無(有・無)
----------------	-------------------	----------------

①お薬や食べ物でアレルギーはありますか？ (禁忌)

薬	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()	食べ物	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい()
---	---	-----	---

②どのような症状がいつ頃からありますか？ 該当するものがあれば下からチェック☑を付けてください

症状	<input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> もたれ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 上腹部の痛み
	<input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹部の張り <input type="checkbox"/> 下腹部の痛み
	<input type="checkbox"/> 経過観察のため(胃カメラ・大腸カメラ・) 検査希望
	<input type="checkbox"/> 健康診断の結果、要精密検査のため(項目:) ⇒健診結果表をご提示ください
	<input type="checkbox"/> その他 ()

いつから	<input type="checkbox"/> 今日()時頃から <input type="checkbox"/> ()日前から <input type="checkbox"/> ()週間くらい前から
	<input type="checkbox"/> ()ヶ月前から <input type="checkbox"/> ()年前から <input type="checkbox"/> その他()

③今までにかかった病気や手術歴について記入ください

なし 高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 脳卒中 緑内障 前立腺肥大

その他() 手術名: 手術時期:

④現在治療中の病気、内服中の薬について記入してください

病名:

お薬手帳の持参の有無: なし あり ⇒お薬手帳を持参されている方は、診察室で提示ください

内服中の薬: なし あり(薬名:)

*血が止まりにくくなる薬(抗血栓薬)は飲まれていますか? いいえ はい(薬名:)

⑤希望する検査があればチェック☑を付けてください

胃カメラ 大腸カメラ 超音波(エコー) CT 採血 その他()

⑥本日は食事をされていますか? また、最終の食事時間は何時ですか?

いいえ はい 最終の食事時間()

⑦日常生活などについてお尋ねします

身長()cm 体重()kg 便通(日 に 回)

アルコール なし あり(1日 杯くらい) あり(機会飲酒程度)

タバコ なし 過去にあり(1日 本× 年間) 現在吸っている→(1日 本× 年間)

女性の方へお尋ねします ⇒ 妊娠の可能性(なし あり) 現在授乳中

⑧その他 (記入例:自分以外に告知を希望する・輸血拒否 等)