

問診票

フリガナ _____ (男・女) 身長()cm・体重()kg 体温()℃

氏名 _____ 生年月日(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日生 _____ 歳

〒 _____ ご住所 _____

電話番号 () _____ 緊急連絡先 _____ (続柄 _____)

1. 本日はどうされましたか？

体の調子が悪い→いつ頃()月()日頃から()

現在の症状()

検診やドックで異常 定期健診 予防接種 内視鏡の相談 他院より紹介(紹介状・画像)

その他()

2. 現在、なにか治療を受けていますか？(はい・いいえ)

病名と飲んでいる薬の名前が分かれば書いてください。お薬手帳などをお持ちの方はお見せ下さい。

病名() 薬の名前()

3. 今まで入院や手術など大きな病気にかかったことはありますか？(はい・いいえ)

病名()

4. ご家族でご病気の方はいますか？()

5. 食べ物や薬のアレルギーについて伺います。(当てはまる欄にチェックをお願いします)

なし アルコール ラテックス(ゴム) 薬 麻酔(キシロカイン) その他()

6. 喫煙・飲酒について伺います。(当てはまる欄にチェックをお願いします)

喫煙歴なし 喫煙歴あり()歳～()本/日 昔喫煙歴あり()歳まで()本/日

お酒は飲まない 機会飲酒

飲酒(ビール・日本酒・ウイスキー・焼酎) 量 _____ (本・合・杯 /日)

4. 女性の方に伺います。

妊娠していますか？(はい→)カ月・いいえ・分からない) 授乳中ですか？(はい・いいえ)

5. 当院を受診されたきっかけは何ですか？(複数回答可)

近所に在住 公式ホームページ 武田クリニック Google map その他のホームページ

Youtube SNS 道路看板 駅看板 知人の紹介 病院の紹介 その他()

お手数ですが、ご記入いただきましたら受付にお渡ししてください。ご協力ありがとうございました。

たけだ内科・消化器クリニック