

問診票

フリガナ _____ (男・女) 身長 () cm ・ 体重 () kg 体温 () °C

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

〒 _____ ー _____ ご住所 _____

電話番号 1 () _____ 電話番号 2 () _____

1. 本日はどうされましたか？ (できるだけ詳しくご記入をお願いします)

- 体の調子が悪い→いつ頃 (月 日頃から)
- 現在の症状 ()
- 当てはまるものに○ (熱・咳痰・のど痛・鼻水・腹痛・胃痛・下痢・吐き気・嘔吐・頭痛・血便・胸やけ)
- 内視鏡希望 (胃カメラ・大腸カメラ) 健診で異常 (健診結果を受付にお渡してください)
- 予防接種 他院より紹介 (紹介状) 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 ときどき飲酒する

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

7. 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)

8. 当院を受診されたきっかけは何ですか？ (複数回答可)

Google 検索 (検索ワードに○: 内科・消化器内科・胃カメラ・大腸カメラ・症状・クリニック名)

Google map YouTube 道路看板 知人・医院からの紹介 () 様)

武田クリニック 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