

# 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、なにか治療を受けられていますか？ (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