

問診票

月 日 曜日 午前・午後 カルテ No.

ふりがな	男・女			職業
お名前				
生年月日	明治	・ 大正	・ 昭和	平成 年 月 日 歳
住所	〒 -			
電話番号	携帯 ()	ご自宅 ()		

1. 今日は、どういう症状で来院されましたか？

・ どういう症状→ いつから→

・ 健康診断で、(便潜血陽性・高血圧・高血糖・高コレステロール・肝機能異常・胃検査異常・ピロリ菌・その他：) を指摘され精査目的に来院。

身長 cm	体重 kg
体温 °C	血圧 / 脈拍 回/分 (診察前に測定してください)

2. 今までかかった病気・治療中の病気・手術歴はありますか？また、それは何歳の時ですか。

<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧 () 歳	<input type="checkbox"/> 糖尿病 () 歳	<input type="checkbox"/> 高脂血症 () 歳
<input type="checkbox"/> 痛風 () 歳	<input type="checkbox"/> 心臓病 () 歳	<input type="checkbox"/> 喘息 () 歳	<input type="checkbox"/> 腎臓病 () 歳
<input type="checkbox"/> 肝臓病 () 歳	<input type="checkbox"/> 脳卒中 () 歳	<input type="checkbox"/> 甲状腺 () 歳	<input type="checkbox"/> 緑内障 () 歳
<input type="checkbox"/> その他 ()			

3. ご家族で大きな病気(がんなど)にかかったかたはいますか？ ない

誰()が 病気() 誰()が 病気()

4. 現在、飲んでいるお薬はありますか ある ・ ない

薬剤名()

5. お薬や食べ物でアレルギーを経験したことがありますか ある ・ ない

薬剤名・食べ物名()

6.嗜好品について

おタバコは吸いますか、吸っていたことがありますか？

吸っている 以前吸っていたがやめた 吸わない

お酒は飲みますか？ 顔は赤くなりやすいですか？

顔が赤くなりやすい 飲まない 週に3日以上飲む 機会があるときだけ飲酒7.女性の方 現在、妊娠されていますか はい ・ いいえ現在、授乳されていますか はい ・ いいえ 最終月経(月 日)8.上部内視鏡検査をうけたことがありますか？ はい (いつ頃：) ・ いいえ下部内視鏡検査をうけたことがありますか？ はい (いつ頃：) ・ いいえ

9.当院を受診されたきっかけは

①インターネット お手数お掛けしますが余裕あれば下記の詳細も教えて下さい。

(ホームページ、フェイスブック、インスタグラム、ドクターズファイル、検索サイト、ここカラダ、病院なび
他)

②駅広告 ③バス広告 ④タウンページ ⑤ちらし ⑥タウンニュース

⑦雑誌「ご近所ドクターBOOK」⑧雑誌「頼れるドクター」⑨電柱広告 ⑩自宅や職場から近い

⑪紹介() ⑫その他()