

## 問診票

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	
氏名			大正・昭和・平成・令和  年 月 日 ( 歳)	
住所	〒 _____			
電話番号	🏠 自宅 ( ) _____	—	身長	cm
	📱 携帯 _____	—	体重	kg
▶ ※当院からの電話連絡に不都合がある方は、お気軽に受付までお申し出ください。				

● 今日どのようなことで来られましたか？

- おしりの症状    排便時出血    胃    おなか→ (便秘・下痢・腹痛)    かぜ症状    血圧  
 健診で要再検査→ (・便潜血 (大腸がん検診)・胃・その他 \_\_\_\_\_)  
 その他 ( )

● いつからどのような症状がありましたか？

いつから ( \_\_\_\_\_ )  
 症状 ( \_\_\_\_\_ )

● 今までかかった病気はありますか？

- ない・ある    高脂血症    高血圧    糖尿病    緑内障    不整脈    脳卒中    前立腺肥大  
 心筋梗塞    腎臓病    狭心症    がん    喘息    性病    バセドウ病  
 貧血    その他 ( )

● 現在飲んでいる薬 (なし・あり→ \_\_\_\_\_)

※お薬手帳をお持ちの方はお出してください。

● 薬のアレルギー (なし・あり→ \_\_\_\_\_)

● 手術経験はありますか？ (なし・あり→病名 \_\_\_\_\_ いつ頃 \_\_\_\_\_)

● 大腸の検査を受けたことがありますか？

なし・あり→いつ頃 ( \_\_\_\_\_ )  大腸カメラ    バリウム検査    便潜血 (大腸がん検診)

● 胃の検査を受けたことがありますか？

なし・あり→いつ頃 ( \_\_\_\_\_ )  胃カメラ    バリウム検査

● ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？  なし・ある

● 当院をお知りになったきっかけ何ですか？

紹介    ホームページ    看板    広告 ( \_\_\_\_\_ )  その他 ( \_\_\_\_\_ )



### 女性の方にお聞きします

● 現在、妊娠していますか？    はい ( \_\_\_\_\_ 週目)    わからない    いいえ

● 授乳中ですか？    はい    いいえ

● 出産経験はありますか？    はい    いいえ