

問診票

記入日： 年 月 日

ふりがな

氏名 _____ 男 女 生年月日 _____ 年 月 日

住所 _____ Tel(携帯) _____ (自宅) _____

* ご希望になる受診内容に○をつけて下さい。

() 体調が悪い(症状がある)方 → 1. の質問へ

※処方に必要な場合がありますので体重を教えてください _____ kg

() 検査をご希望の方 → 1. 2. の質問へ

() 禁煙外来をご希望の方 → 別紙の質問にお答え下さい

1. どのような症状がありますか？ 該当するものに○をつけて下さい。

発熱 () °C) → いつ頃からですか？ ()

鼻水 せき 喉の痛み たん 頭痛 下痢 胃痛 下腹痛 嘔吐 吐き気

痔・肛門 皮膚疾患 → 場所や症状 ()

その他の症状 ()

現在、服用中の薬はありますか？ ない ある ※お薬手帳をお持ちの方は先生にお出し下さい。

お薬の種類 ()

治療中または今までにかかった病気が下記にありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 肝臓病 胃十二指腸潰瘍 結核 喘息

その他の手術歴や入院歴がある方 ()

アレルギー体質と言われたことはありますか？ ない ある

ある方 → 喘息 花粉症 鼻炎 結膜炎 蕁麻疹 アトピー性皮膚炎

食べ物や薬品のアレルギーのある方 → ()

女性の方にうかがいます。

妊娠の可能性はありますか？ ない ある 授乳中ですか？ いいえ はい

前回の月経の終了日 月 日 頃 月経周期 日間隔

2. ご希望の検査に○をつけて下さい。

胃内視鏡検査 大腸内視鏡検査 超音波(エコー)検査 胸部レントゲン検査

心電図測定 骨密度測定 尿検査 ピロリ菌検査(採血) アレルギー検査

血液検査 血液型検査(ABO式) 抗体検査(種類) ()

* ご紹介状をお持ちの方 → (ご紹介頂いた方) ()

* その他、伝えておきたいことがあればご記入下さい。