

問診票

ふりがな
名前

性別： 男 ・ 女

生年月日

- ① 郵便番号 (〒 -)
- ② 住所
- ③ 電話番号 (自宅) : 携帯番号 :
- ④ 症状 または来院理由 :
- ⑤ 症状がある場合 いつから :
- ⑥ 紹介状・健診結果・同意書の持参 なし ・ あり ⇒ この問診票と一緒に受付に提出して下さい
- ⑦ 治療中の病気 ない ・ ある ⇒ 病名 :
- ⑧ 昔かかった病気 ない ・ ある ⇒ 病名 :
- ⑨ 普段飲んでいる薬 ない ・ ある ⇒ 薬名 :
- ⑩ 薬や注射での副作用 ない ・ ある ⇒ 薬名 :

⑪ 血圧	/	脈	体温	°C
------	---	---	----	----

- ⑫ 本日食事はされましたか？ いいえ ・ はい () 時間前

習慣についてお伺いします。

アルコールの
種類を記入

一回の量を記入

- ⑬ 普段の飲酒 しない ・ する ⇒ () を週・月に () 回、 () ml
- ⑭ 喫煙 しない ・ する ⇒ 一日の本数と喫煙年数： () 本を () 年間
- ⑮ 定期的な運動 ない ・ ある ⇒ 運動の頻度と内容 :
- ⑯ 毎日の排便 ある ・ ない ⇒ () 日毎
- ⑰ 便の性状 ふつう ・ 硬い ・ 柔らかい ・ 水様 ・ コロコロ ・ 細い
- ⑱ 食欲 ある ・ ない
- ⑲ ストレス ない ・ ある
- ⑳ 妊娠の可能性 ない ・ ある
- ㉑ 授乳 ない ・ ある

受けたことのある検査についてお伺いします。

- ㉒ 胃カメラ ない ・ ある ⇒ 最終検査日 ()
- ㉓ 大腸カメラ ない ・ ある ⇒ 最終検査日 ()
- ㉔ 腹部超音波検査 ない ・ ある ⇒ 最終検査日 ()