問診票

ふりがな
お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　男・女

生年月日　T・S・H・R　　年　　月　　日　（　　歳）

住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自宅電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　携帯電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご職業　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　E-mail　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Ⅰ）　今日はどうされましたか？（いつからどのような症状があるか教えて下さい）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Ⅱ）　今までにかかった事がある病気があれば教えて下さい

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Ⅲ）　今服用されているお薬があれば教えて下さい（お薬手帳のご提示もお願いします）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

Ⅳ）　お薬や食べ物など、特定の物質に対するアレルギーはありますか？

□　はい（　　）　□いいえ

Ⅴ）　ご両親・兄弟の中で糖尿病・がん・脳こうそく・心筋こうそく、胃・十二指腸潰瘍などの方はいらっしゃいますか？

□　はい（誰が：　　病気：　　）　□いいえ

Ⅵ）　アルコールは飲まれますか？　□はい　□いいえ

何をどれくらい飲まれますか？　＿＿＿＿＿＿＿＿を1日＿＿＿缶・杯

Ⅶ）　たばこを吸われますか？　□はい　□いいえ

1日＿＿＿本を＿＿＿年間吸っている　＿＿＿年前に禁煙した

Ⅷ）　女性の方にのみお伺いします。妊娠されていますか？

□はい　□いいえ　□可能性あり　最終月経＿＿月＿＿日から　□閉経後

Ⅸ）　当院を何でお知りになりましたか？

□インターネット・HP　□ご家族・友人の紹介　□駅看板　□ちらし・タウン誌

□通りがかって　□かかりつけ医から紹介（　　）

□その他（　　）

ありがとうございました。ご記入いただいた情報は当院での診療以外には使用致しません。

かくたに内科消化器内科　TEL0743（85）5477

身長＿＿＿cm　体重＿＿＿Kg　体温＿＿＿℃　血圧＿＿＿/＿＿＿　心拍数＿＿＿