

内科問診票

ID _____

受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		生年月日
氏名	男・女	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
住所	〒	
自宅電話		身長 cm 体重 kg
携帯電話		体重増減のある方(いつから)(kg)

◆今日はどうかさいましたか？ 症状または受診理由についてお答えください。

- 腹痛 腹満感 吐き気・嘔吐 血便・下血 便秘 下痢・軟便(回/日)
胃痛 胸やけ 胃もたれ 食欲不振 のどの違和感
その他：(具体的にお願いします)

◆その症状はいつ頃からありますか

◆普段の便通の頻度はどのくらいですか？ 毎日 ()日毎

下剤の使用はありますか？ なし あり(薬剤名：)

◆今までに診断されたことのある病気、受けた事のある手術はありますか？

歳	疾患名：	病院名：
歳	疾患名：	病院名：
歳	疾患名：	病院名：
歳	疾患名：	病院名：

◆アレルギーはありますか？ なし あり 食べ物・薬・ヨード造影剤：

◆アルコールは飲みますか？

- 飲む 週または月に (日) 1日あたりの飲酒量 何を () どのくらい ()
飲まない

◆たばこは吸いますか？

- 現在吸っている 1日 ()本 ()歳から
過去に吸っていた 1日 ()本 ()歳から ()歳まで
全く吸わない

(裏面のご記入もお願いします)

◆血縁者で以下の病気や今回の症状に関連した病気の方はいますか？（例：胃がん-父）

高血圧： _____ 糖尿病： _____
高脂血症： _____ がん： _____

◆内視鏡検査を受けた事がある方は、検査を受けた時期と病院名を記載してください。

【胃カメラ】 受診時期：（ ）歳 経口 経鼻 / 鎮静あり 鎮静なし 病院名：

ピロリ菌を除菌したことはありますか。 いいえ はい （時期： ）歳頃）

【大腸カメラ】 受診時期：（ ）歳 鎮静あり 鎮静なし 病院名：

大腸ポリープを切除したことはありますか。 いいえ はい （時期： ）歳頃）

◆1年以内に以下の検査を受けたことはありますか。

【胃バリウム検査】 なし あり(所見：) 【便潜血検査】 なし あり(所見：)

【腹部超音波検査】 なし あり(所見：) 【心電図】 なし あり(所見：)

◆女性の方はお答えください。

最終月経 （ ）月 （ ）日 から （ ）月 （ ）日

閉経後 （ ）歳頃

妊娠中 （ ）週 授乳の有無 あり なし

◆当クリニックを知ったきっかけ、選んだ理由を教えてください。（複数回答可）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介（ <input type="checkbox"/> 厚生病院 <input type="checkbox"/> その他の病院： _____） | |
| <input type="checkbox"/> 新聞広告 | <input type="checkbox"/> 内視鏡検査で静脈麻酔をつかってくれるから |
| <input type="checkbox"/> 新聞記事 | <input type="checkbox"/> 内視鏡の検査実績が豊富だから |
| <input type="checkbox"/> 折り込みチラシ | <input type="checkbox"/> 女性医師だから |
| <input type="checkbox"/> 当院 Web サイト | <input type="checkbox"/> 医師の技術力、診断力、精度が高い |
| <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> 友人、知人、家族の勧め |

（お名前： _____さん）

ご記入ありがとうございました。

お手数ですが、受付にお渡してください。