

# 問 診 票

月 日 曜日 午前・午後 カルテ No.

ふりがな		男・女	職業
お名前			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 歳
住所	〒 -		
電話番号	携帯	( )	
	ご自宅	( )	

1. 今日、どのような症状で来院されましたか？  
いつから ( ) どのような症状 ( )

・健康診断で、(便潜血陽性・高血圧・高血糖・高コレステロール・肝機能異常・胃検査異常・ピロリ菌・その他： ) を指摘され精査目的に来院。

身長 cm 体重 kg  
体温 °C 血圧 / 脈拍 回/分 (診察前に測定してください)

2. 今までかかった病気・治療中の病気・手術歴はありますか？また、それは何歳の時ですか。  
**西暦で記入をお願いします(例:2019/1)**

ない 高血圧 ( 年) 糖尿病 ( 年) 高脂血症 ( 年)  
痛風 ( 年) 心臓病 ( 年) 喘息 ( 年) 腎臓病 ( 年)  
肝臓病 ( 年) 脳卒中 ( 年) 甲状腺 ( 年) 緑内障 ( 年)  
その他 ( )

3. ご家族で大きな病気(がんなど)にかかったかたはいますか？ ない  
誰 ( ) が 病気 ( ) 誰 ( ) が 病気 ( )

4. 現在、飲んでいるお薬はありますか ある ・ ない  
薬剤名 ( )

5. お薬や食べ物でアレルギーを経験したことがありますか ある ・ ない  
薬剤名・食べ物名 ( )

6. 嗜好品について  
おタバコは吸いますか、吸っていたことがありますか？  
吸っている 以前吸っていたがやめた 吸わない  
お酒は飲みますか？ 顔は赤くなりやすいですか？  
顔が赤くなりやすい 飲まない 週に3日以上飲む 機会があるときだけ飲酒

7. 女性の方 現在、妊娠されていますか はい ・ いいえ  
現在、授乳されていますか はい ・ いいえ 最終月経 ( 月 日)

8. 上部内視鏡(胃カメラ)をうけたことがありますか？ はい(いつ頃： 年 月)・いいえ  
ピロリ菌 否定・除菌済み(いつ頃： 年 月)・不明  
下部内視鏡(大腸カメラ)をうけたことがありますか？ はい(いつ頃： 年 月)・いいえ

9. 当院を受診されたきっかけは  
①インターネット お手数お掛けしますが余裕あれば下記の詳細も教えて下さい。  
(ホームページ、フェイスブック、インスタグラム、ドクターズファイル、検索サイト、ココカラダ、病院なび他 )  
②駅広告 ③バス広告 ④タウンページ ⑤ちらし ⑥タウンニュース  
⑦雑誌「ご近所ドクターBOOK」⑧雑誌「頼れるドクター」⑨電柱広告 ⑩自宅や職場から近い  
⑪紹介 ( ) ⑫その他 ( )

ご協力ありがとうございました。 センター南駅前 内科おなかクリニック