

問 診 票

受診年月日 平成 年 月 日

ID: \_\_\_\_\_

下記について記入、又は○で囲んでください。もしご不明な点がありましたら、窓口でお聞きください。  
より良い診察を適切に行うためですので、お分かりになる範囲でご記入をお願いします。

フリガナ	男 女	大正	年 月 日	生年月日
お名前		昭和		
ご住所 〒	自宅電話番号:			
	携帯番号:			
勤務先:				
その他連絡先電話番号:				

1) 今日どのような症状でおいでになりましたか？

症状:

それはいつ頃からですか？

2) 現在その症状以外に下記症状はありますか？

ある場合はその症状を○で囲んでください。

- 発熱 頭痛 関節痛 咳 たん 息苦しさ 胸痛 胸部圧迫感 動悸 不整脈 めまい  
 体重減少 食欲不振 吐き気 嘔吐 みぞおちの痛み 下腹部痛 下痢 黒色便 下血  
 口渇 全身倦怠感 不眠 その他( )

3) 現在、他の科や他の病院にかかっていますか？ : ( ある ない )

ある場合は、病名と飲んでいる薬の名前がわかれば書いてください。

病名: \_\_\_\_\_ 薬の名前: \_\_\_\_\_

4) 入院や手術、しばらく通院するような病気にかかったことはありますか？ ( ある ない )

ある場合は、その時の年齢と病名を書いてください。

年齢: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_

5) 輸血を受けたことがありますか？ : ( ある ない )

輸血時の年齢: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_

6) 今までに、薬のアレルギーはありましたか？ : ( ある ない )

ある場合にはその薬の名前を書いてください。

薬の名前: \_\_\_\_\_

7) 喘息、花粉症などのアレルギーの病気がありますか？ : ( ある ない )

ある場合には、その病名を書いてください。

病名: \_\_\_\_\_

8) 以下の質問に答えてください。

便通 回/日 尿 回/日 飲酒 /日 タバコ 本/日

生理( 順 不順 閉経 生理中 ) 妊娠( している していない しているかもしれない )

同居家族( なし あり: 配偶者 子供 人・父・母・その他 )

9) よろしければ当院を受診されたきっかけを教えてください。(複数回答可)

- ①知人の紹介( ) ②他院の紹介( ) ③インターネット(ホームページ)  
 ④ タウンページ・電話帳 ⑤自宅(駅)が近いから  
 ⑥経鼻・大腸内視鏡があるので ⑦立て看板を見て(場所はどこですか?)

記入者	
入力者	