問診票

カルテNo.	体温　　℃	令和　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男　・　女
お名前			
ご住所	〒	生年月日	M・T・S・H・R 年　月　日 (　　)歳
お電話	ご自宅・携帯　　(　　)		
紹介状	有　・　無　　紹介機関名：	ご職業	

1. **本日は、どのような症状で来院されましたか？その症状はいつからですか？**

2. **今までに病気をされたことがありますか？また現在かかっている病気はありますか？**
   □高血圧　□糖尿病　□心臓病　□脳梗塞　□脳出血　□てんかん
   □ぜんそく　□緑内障　□前立腺肥大　□肝臓病　□腎臓病
   □がん　□子宮筋腫、虫垂炎（盲腸）、腸閉塞、痔など腹部の手術
   □その他（　　）
   □特になし
3. **現在、定期的に飲んでいるお薬はありますか？** □あり・□なし
   ↳血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？　□あり・□なし
4. **薬のアレルギーはありますか？**　□あり（薬品名：　　）・□なし
   ↳以前に内視鏡検査や歯の治療の麻酔(キシロカイン）で気分が悪くなったことがありますか？
   □あり・□なし
5. **お酒は飲みますか？**　□はい（□毎日飲む・□時々飲む・□付き合い程度）・□いいえ
6. **喫煙しますか？**　□はい（　　本/日・　　年間）・□以前吸っていた・□いいえ
7. **ペースメーカー、人工関節など金属が体の中に入っていますか？**
   □はい（機器名：　　）・□いいえ
8. **女性の方にお聞きします。妊娠している可能性はありますか？**　□はい・□いいえ・□不明
9. **胃カメラを受けたことがありますか？**
   □はい（　　年前・□異常あり・□異常なし）・□いいえ
10. **大腸カメラを受けたことがありますか？**
    □はい（　　年前・□異常あり・□異常なし）・□いいえ
11. **ピロリ菌の検査をしたことがありますか？**
    □はい（□ピロリ菌がいた・□ピロリ菌がいなかった）・□いいえ
12. **当院はどのようにしてお知りになりましたか？**
    ・Web(□ホームページ □map □caloo □その他サイト(　　))・紹介(□友人 □知人 □家族 □病院(　　))
    ・看板(□当ビル □地下鉄 □道路)・雑誌(□ホームドクター□その他(　　)) □TVCM　□その他(　　)