

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		
お電話	ご自宅・携帯 ()			()歳		
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、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？

- 友人・知人 家族 病院 (病院名) チラシ 新聞 雑誌
 道路の看板 当ビル看板 地下鉄の看板 ホームページ