

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、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()

