

問診票(内科、胃腸内科、肛門外科、外科)

記載年月日 年 月 日

(ふりがな) 男
お名前 女 生年月日 年 月 日(歳)

〒 住所

電話番号 携帯電話

ご職業 身長 cm 体重 kg

1. 本日はどのような症状でお越しでしょうか？
()
2. いつ頃からその症状がございますか？
()
3. いままで大きな病気にかかられたことや、入院や手術を受けられたことがございましたらお教えてください。
()
4. 今まで次の病気にかかったことがありますか？(あれば○をつけてください。)
 高血圧・不整脈・心臓病・糖尿病・肝臓病・脳梗塞・脳出血・喘息・肺結核・肺炎
その他()
5. 現在、他の病院や診療所で治療されている病気はございますか？(はい・いいえ)
はいの方:病気と病院の名前 ()
6. 今まで手術を受けたことがありますか？(はい・いいえ)
「はい」の方……病名()病院()
7. 過去に輸血を受けたことがございますか？(はい・いいえ)
8. 飲み薬や麻酔などでアレルギー症状を起こしたことはございますか？(はい・いいえ)
「はい」の方……わかる範囲で結構ですので、その症状と服用されたお薬の名前や種類をお教えてください。
()
9. タバコは吸いますか？ はい 1日()本・いいえ
10. お酒は飲みますか？ はい・いいえ 「はい」の方……()を1日()くらい
11. 女性の方:妊娠している可能性がございますか？(はい・いいえ)
12. その他何かございましたらご記入ください。
()
13. 最後に、当院を知ったきっかけを良ければ教えてください
(知人からの紹介・通りがかり・ホームページ・バスの放送・その他())