

# 問診票

受付日： 年 月 日

診察前に無理のない範囲でけっこうですので、ご記入ください。

フリガナ				患者 ID			
お名前		男・女	生年月日	大正	年	月	日
			ご職業	昭和			
						( 歳 )	
住所	〒	-		電話番号	-	-	
				携帯	-	-	

1. 当院をどうしてお知りになりましたか？

ご紹介 { どなたから？ \_\_\_\_\_ }

人間ドック { \*紹介状 有 無 }

ホームページ 駅看板 電話帳

その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. 今日はどうされましたか？

いつ頃から？

症状は？

3. ご希望の検査はありますか？

胃内視鏡 大腸内視鏡 腹部エコー

頸動脈エコー その他 ( \_\_\_\_\_ )

4. これまでに病気にかかったことはありますか？

はい いいえ

いつ頃？ 病名は？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. 現在服用している薬はありますか？

はい いいえ

血栓予防薬 (バイアスピリンなど)

糖尿病薬

その他

{ \_\_\_\_\_ }

※お薬手帳をお持ちの方はお見せください。

6. 薬や造影剤のアレルギーはありますか？

はい いいえ

薬剤名 { \_\_\_\_\_ }

7. その他アレルギーはありますか？

花粉 喘息 アトピー 食品

その他 ( \_\_\_\_\_ )

8. 生活上のこと

① 体重： 増えた 減った 変化なし

( \_\_\_\_\_ Kg/期間 \_\_\_\_\_ )

② 便秘： 快便 便秘 下痢

( \_\_\_\_\_ 回/1日 )

③ たばこ： 吸う 吸わない

( \_\_\_\_\_ 本/1日 )

④ お酒： 飲む 飲まない

( \_\_\_\_\_ を \_\_\_\_\_ 本/1日 )

9. 女性の方へ

月経について： 順調 不順

最終月経： \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

妊娠の可能性： あり なし 不明

10. その他

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました。

岩野医院



IWANO CLINIC