

問診票

内科・小児科・外科 初・再

フリガナ： _____

来院時体温 _____ °C

お名前： _____

性別：男・女・妊婦(_____ 週)

※体重不明の場合は入口の血圧計横の体重計で、測定をお願いします。

生年月日：大・昭・平 年 月 日 (_____ 歳 _____ ヶ月) 体重 (お子様のみ) _____ kg

住所・電話番号 ★再診の方は変更がある場合のみご記入下さい。

(〒 _____ - _____)

住所： _____ TEL _____ - _____ - _____

※お子様のお薬は院外処方となりますので、薬局をお調べいただくようお願いします。

今日は どうされましたか？	症状	発熱(最高 _____ °C)・悪寒・頭痛・喉の痛み・咳・痰・鼻水・鼻づまり 吐き気・嘔吐・腹痛・下痢・便秘・関節痛・めまい			
	ケガ	どこを(左・右・両)	どうしましたか		
	その他	どこを(左・右・両)	どうしましたか		
症状はいつからですか？	今日	(_____)	日前から	時々	ずっと前から

★ここからは、当院の診察が初めての方、再診で変更がある方はご記入をお願いします。

現在治療中の病気、または 過去に治療を受けた 病気はありますか？	ない				
	ある	病名 (_____)	病院名 (_____)	いつ頃 (_____)	
現在、飲んでいる薬は ありますか？	ない				
	ある	薬品名 (_____)			
薬や食べ物のアレルギー はありますか？	ない				
	ある	薬品名・食品名 (_____)			
喫煙歴はありま すか？	ない				
	ある	現在吸っている	過去に吸っていた	本/1日	歳まで

★当院を受診されたきっかけを教えてください。(○をつけてください。複数可)

知人紹介
 家族紹介
 医療機関からの紹介
 ホームページ
 Facebook
 近所(通りがかり)
 野立て看板
 その他 (_____)

★検査についての質問です。(○をつけてください。)

・胃がんや大腸がんの予防に興味はありますか？ はい いいえ
 ・胃カメラや大腸カメラ検査に興味はありますか？ はい いいえ

ご協力ありがとうございました。