

問診票

フリガナ		男性 女性	生年月日	大正	年	月	日(歳)
氏名				昭和				
住所	〒							
電話番号	(自宅)			(携帯)				

今日来られた目的について。

A 具合が悪い、症状がある

①どのような症状でいつ頃からでしょうか。

②その症状についてどこか医療機関に受診しましたか。

ない ある()

B 健診で異常所見を指摘された。()

C そのほか

現在治療中の病気やこれまでにかった病気はありますか。

ない ある()

お酒は飲みますか。

飲まない 飲む (種類と量) 飲む頻度()

タバコは吸いますか。

吸わない 吸う(歳から 1日あたり 本)

以前にやめた(歳から 歳まで 1日あたり 本)

現在のんでいる薬はありますか。

ない・ある ()

薬のアレルギーはありますか

ない ある()

食べ物のアレルギーはありますか

ない ある()

女性の方にうかがいます。

妊娠されていますか。 いいえ はい()週目

授乳中ですか いいえ はい

当院では上部消化管内視鏡、大腸内視鏡、ピロリ菌検査治療を行っています。

希望される検査はありますか。

いいえ あります () 相談したい