

問診表

あじさい内視鏡クリニック

ふりがな

氏名

年齢

歳

〒

住所

電話番号

性別 男性 女性 身長 _____ cm / 体重 _____ kg 体温 _____ 度

◆ 具合の悪いところを具体的に記入してください。どこがどのように悪いですか

[Empty box for symptoms]

◆ 上の症状はいつからですか？

[Empty box for onset date]

◆ 今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？ はい いいえ

年 月 日から にかかっている

◆ これまでにかかった病気や治療中の病気があればチェックし、いつ頃かご記入ください

<input type="checkbox"/> 喘息(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 肺炎(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 結核(肋膜炎)(_____ 頃)
<input type="checkbox"/> 高血圧(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 肝臓病(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 腎臓病(_____ 頃)
<input type="checkbox"/> 糖尿病(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 脳卒中(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> がん(_____ 頃)
<input type="checkbox"/> 心臓病(_____ 頃)	<input type="checkbox"/> その他(_____)	

◆ 今までに手術を受けたことがありますか？

なし あり (病名: _____ 時期: _____)

◆ 薬のアレルギーはありますか？ なし あり (_____)

食物のアレルギーはありますか？ なし あり (_____)

◆ 現在、飲んでいる薬はありますか？あればご記入ください

なし あり (薬名: _____)

◆ タバコ 吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 _____ 本 / 約 _____ 年間)

◆ アルコール 飲まない 以前から禁酒が続いている

飲む: 毎日 ときおり 機会があれば

(種類: _____ / 1回 _____ 杯)

◆ 女性の方へ 妊娠している可能性は？ ない ある

◆ 来院きっかけ ホームページ 知人の紹介 看板 その他(_____)

記入が済みましたら、受付にお出してください