

内科問診票

記入日：平成 年 月 日

ご住所：

〒

ID:

ふりがな

氏名：

男
女

生年月日：大・昭・平 年 月 日 (歳)

TEL:

携帯電話:

身長： cm

体重： kg

体温： °C

■ 今回どのような症状のために受診されましたか？

<いつから> 1-3日以内 1-3週間前 1-3ヶ月前 それ以前 ()

<症状> かぜのような症状(発熱, せき・鼻水・のどが痛いなど)

胸やけ 胃が痛い・重い お腹が痛い 便秘 下痢 嘔気・嘔吐

血圧が高い 頭痛

検診で要精密検査 胃カメラ希望 大腸カメラ希望

その他 ()

■ 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックしてください。

高血圧 心臓病 脳梗塞 高脂血症 糖尿病 肝臓病

がん 腎臓病 その他(病名:)

■ 今までに手術の経験はありますか？

なし あり 歳頃 病名: 病院名:

■ 家族の中に、胃がん・大腸癌の方はいらっしゃいますか？

いいえ はい (胃がん: 大腸がん:)

■ 今までにピロリ菌の検査を受けたことがありますか？ なし あり

■ 緑内障はありますか？ いいえ はい

■ 薬のアレルギーはありますか？ なし あり ()

食べ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？ お薬手帳をお持ちの場合は受付ご提示ください。

なし あり(薬品名:)

■ たばこ 吸わない 吸う (1日 本、約 年間)

アルコール 飲まない 飲む (毎日 時々)

■ 女性の方

妊娠している可能性はありますか？ ない ある

妊娠・出産歴がある方 最終出産 (S・H)年 ()月

最終月経は？ 開始日(月 日) 閉経している

現在授乳中ですか？ いいえ はい

ご記入ありがとうございました。