

# 問診票

体温: °C

ご来院いただき、誠にありがとうございます。下記のご記入にご協力願います。

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平	年齢
お名前	男・女		/ /	歳
ご住所	〒 -			女性の方ご回答必須
				*妊娠可能性 なし・あり
				*授乳中 いいえ・はい
携帯番号	— —	固定電話番号	— —	
※ご紹介者様	お名前:	ご関係:	身長・体重	cm kg

※ご紹介者様がいらっしゃる場合のみ記載いただければ幸いです

## ◆本日はどうなさいましたか？ 項目に○をお付けください

- 【腹部症状】 腹痛 下痢 便秘
- 【消化器症状】 食欲不振 吐き気 嘔吐
- 【風邪症状】 発熱(最高 °C) 咳 痰が絡む 鼻水が出る 喉が痛い 寒気 関節痛
- 【その他症状】 息苦しい 人間ドック・健診異常 その他( )

## ◆お困りの症状はいつごろからですか？

\_\_\_\_\_ 頃から

## ◆ご希望される検査はございますか？ ごございましたら項目に○をお付けください

血液検査 レントゲン検査 胃カメラ 大腸カメラ 腹部エコー 動脈硬化検査 検尿 検便  
診察時相談

## ◆病歴を教えてください 紹介状をご持参の方は、受付にご提出ください

### 【現在治療中の疾患】

- ☐ なし
- ☐ あり → 心臓病 脳卒中 糖尿病 喘息 肺気腫 その他( )

### 【既に治療が終了している疾患】

- ☐ なし
- ☐ あり → 手術歴※虫垂炎など( )
- 腸閉塞 肝炎治療後 その他( )

↓ 裏面に続きます

◆服薬歴を教えてください お薬手帳をお持ちの方は、ご提出いただければ記載は結構です

☐なし

☐あり → 抗血栓薬( ) 糖尿病薬( )  
その他( )

◆アレルギー歴を教えてください

【薬剤アレルギー】

☐なし

☐あり → アルコール キシロカイン 鎮静剤 鎮痛剤 その他( )

【食物アレルギー】

☐なし

☐あり → 小麦 鶏肉 大豆 乳 豚肉 ゼラチン その他( )

【その他のアレルギー】

☐なし

☐あり → 花粉 金属 化学繊維 その他( )

問診は以上です。ご記入ありがとうございました。

国領内科・消化器内科クリニック