初診問診票

初診日　　年　　月　　日

＊カルテ登録に使用いたしますのではっきりとご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男 ／ 女	T　S　H　R　　年　　月　　日　　歳

ご自宅住所 〒	身長 cm	体重　　体温 kg　　℃

ご自宅電話番号	携帯電話番号	メールアドレス

当院をどのようにお知りになりましたか？

1．インターネット　　2．看板　　3．家族、知人の紹介　　4．近所

5．その他（　　）

■今日はどうされましたか？〇で囲んで下さい。該当するものがなければ「その他」欄にご記入下さい。

胃痛　腹痛　背部痛　食欲がない　胃酸が上がる　吐き気　のどの痛み
下痢　便秘　腹部の張り　胸痛　腰痛　頭痛　咳　痰　鼻水　熱（　　℃）
痔　肛門の痛み　膿が出る（部位：　　）　血便　脱肛する　便潜血陽性
禁煙外来　ピロリ菌検査・治療　健診・ドック再検査指摘（　　）
検査前診察（予約日：　　月　　日）　その他（　　）

■その症状はいつ頃からですか？（　　年　　月　　日から ）

■朝食あるいは昼食をとりましたか？　はい （ 朝食 ・ 昼食　　時頃 ） ・ いいえ

■検査を希望されますか？
はい　何の検査ですか？（　　） ・ いいえ

■現在治療中、または今までにかかった病気があれば〇で囲んで下さい。

胃・十二指腸潰瘍　心臓病　高血圧　糖尿病　脳梗塞　ぜんそく　緑内障
前立腺肥大　肝臓病　腎臓病　精神疾患　その他(　　)

■手術を受けたことがありますか？
はい　何の手術ですか？（　　年　　月頃　　）・ いいえ

■現在飲んでいるお薬はありますか？
はい　何のお薬ですか？（　　）・ いいえ

■アレルギーについてお聞きします
お薬で具合が悪くなったことはありますか？　　ある ・ ない
食べ物やその他の理由で具合が悪くなったことがある方はご記入ください
種類（　　） 症状（　　）

■嗜好品についてお聞きします
喫煙していますか？　はい（　　本/日　喫煙歴　　年 ） ・ いいえ（ 禁煙後　　年 ）
アルコールは飲みますか？　はい（ 週　　回　1回量　　ml ） ・ いいえ

■胃がん検診、大腸がん検診は受けましたか？　　はい ・ いいえ
胃がん検診　（　　年　　月頃　　胃バリウム ・ 胃カメラ ）
大腸がん検診　（　　年　　月頃　　便潜血 ・ 大腸バリウム ・ 大腸カメラ ）

■女性の方にお聞きします。現在妊娠中ですか？　はい（　　週）・ いいえ ・ 不明 ・ 授乳中

※記入後は受付にお持ちください。