

問 診 表

ふりがな
お名前

男・女

生年月日 M・T・S・H 年 月 日 (才)

住所 〒

TEL 身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

携帯 _____ (外出時等連絡がとれますようにご記入をお願いします)

I) 今日はどうされましたか? (いつからどのような症状があるか教えてください)

II) 今までかかったことのあるご病気があれば教えてください

III) 今、服用しているお薬があれば教えてください (お薬の用紙があればご持参ください)

IV) お薬や食べ物のアレルギーはありますか?

はい (_____) いいえ

V) ご家族の中で、高血圧・糖尿病・がん・脳こうそく・心筋こうそくなどの方は
いらっしゃいますか?

はい (誰が: _____ 病名: _____) いいえ

VI) アルコールは飲まれますか? はい いいえ

「はい」の場合: 何を飲まれますか? _____ 本/日× _____ 年間

VII) タバコを吸われますか? はい いいえ

「はい」の場合: 1日何本吸われますか? _____ 本/日× _____ 年間

VIII) 女性の方のみお尋ねします。

妊娠されていますか? はい いいえ 可能性あり

IX) 当クリニックを何でお知りになりましたか?

インターネット・HP ご家族・ご友人

駅広告 (駅名: _____ 駅) ご近所

学園前駅到着バス車内放送

その他 (_____)

ありがとうございました。

ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません。

消化器内視鏡内科 つじもとクリニック

TEL 0742 (51) 7000 FAX 0742 (51) 6700