問診票

お名前（ふりがな）：　　様　男・女

生年月日：T・S・H　　年　　月　　日（　　才）

住所：〒

Tel：（自宅）　　／（携帯）

1）　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）

2）　今までにかかったことのあるご病気はありますか？

3）　現在、服用しているお薬はありますか？（お薬の手帳や用紙があればご持参ください）

4）　お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

□いいえ　□はい（　　）

5）　ご家族の中でがんにかかられた方はいらっしゃいますか？

□いいえ　□はい（　　）

6）　アルコールは飲まれますか？

□いいえ　□はい（週＿＿回：内容＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

7）　タバコは吸われますか？

□いいえ　□はい（1 日＿＿本 × ＿＿＿＿年間）

8）　女性の方のみ

妊娠されていますか？　□いいえ　□はい　□可能性あり

授乳されていますか？　□いいえ　□はい

9）　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・ホームページで
□ 友人・家族より
□ かかりつけの先生から紹介（医院名：＿＿＿＿＿＿＿＿）
□ その他（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

ご記入いただき有り難うございました。
ご記入いただいた個人情報は、当クリニックの診療以外には使用しません。

森ノ宮胃腸内視鏡 ふじたクリニック

（DDまっぷホームページより印刷）