

問診票

お名前：ふりがな

様 男・女

生年月日：大・昭・平 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りますか）

- 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) これまでに以下の検査はしたことはありますか？
胃カメラ（いいえ）（はい：_____年前 結果：_____）
胃バリウム（いいえ）（はい：_____年前 結果：_____）
大腸カメラ（いいえ）（はい：_____年前 結果：_____）
- 6) ご家族の中でがんにかかれた方はいらっしゃいますか？
 いいえ はい（誰が：_____ どんな：_____）
（誰が：_____ どんな：_____）
- 7) アルコールは飲まれますか？
 いいえ はい（週____日：内容_____）
- 8) タバコは吸われますか？
 いいえ はい（1日____本 × _____年間）
- 9) 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
- 10) 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（検索単語：複数可_____）
 家族の紹介 知人の紹介
 近所、通りがかり
 かかりつけの先生から紹介（医院または先生名：_____）
 近所で看板を見た その他（_____）

ご記入いただき有り難うございました。



森ノ宮胃腸内視鏡 ふじたクリニック