

問 診 票

フリガナ お名前	性別 男 ・ 女	年齢 才
-------------	-------------	---------

- 本日来院された理由、自覚症状に○を付けてください。
 - 発熱
 - 頭痛
 - 喉の痛み
 - 身体がだるい
 - 咳、痰、鼻水、鼻閉
 - 息切れ、動悸、めまい、むくみ
 - その他（ ）
 - 上腹部痛、胃痛、下腹部痛、背中の痛み
 - 食欲不振、体重減少
 - はきけ、嘔吐
 - 下痢、便秘
 - 黒色便、下血（血の混じっ便）
- タバコは吸いますか いいえ ・ はい （ ）本／日
- お酒は飲みますか いいえ ・ はい 週に（ ）回程度
 お酒の種類（ ） 量（ ）ml／日
- 身長・体重をご記入ください 身長（ ）cm ・ 体重（ ）kg
- アレルギー体質ですか いいえ ・ はい
- 食物や薬のアレルギーはありますか いいえ ・ はい
 はいの場合、（食べ物 ） （薬 ）
- 排便はどうですか ・ 普通 ・ よく便秘する ・ よく下痢する
- 睡眠状況はいかがですか ・ よく目が覚める ・ 寝つきが悪い ・ 熟睡する
 あなたの平均睡眠時間（ ）時間
- 現在までに次の病気にかかったことはありますか
 - 胃・十二指腸潰瘍
 - 心臓病・高血圧
 - 糖尿病・高脂血症
 - 腎臓病
 - 肝臓病
 - その他（ ）
- ご家族で次の病気の方はいますか
 - 高血圧
 - 心臓病
 - 糖尿病
 - 癌
 - 喘息
- 現在飲んでいる薬はありますか いいえ ・ はい（薬品名 ）
- 女性の方へ 妊娠していますか いいえ ・ はい
 授乳していますか いいえ ・ はい
- 当院をご存知でしたか？ はい ・ いいえ
 はいとお答えの方は、どのようにお知りになりましたか
 ホームページをみて ・ 知人の紹介 ・ 家が近所 ・ その他（ ）

ご協力有難うございました。

うしくぼ消化器内科クリニック