

# 問 診 票

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

1. 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)
2. タバコは吸いますか                    いいえ ・ はい ( ) 本/日
3. 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
4. 身長・体重をご記入ください    身長 ( ) cm ・ 体重 ( ) kg
5. アレルギー体質ですか                いいえ ・ はい
6. 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 )
7. 排便はどうか                    ・ 普通                    ・ よく便秘する                    ・ よく下痢する
8. 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
9. 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・大腸疾患
  - ・ 心臓病・高血圧
  - ・ 糖尿病・高脂血症
  - ・ 腎臓病
  - ・ 肝臓病
  - ・ その他 ( )
10. 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
11. 現在飲んでいる薬はありますか    いいえ ・ はい (薬品名 )
12. 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
13. 当院を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 ( ) 様
  - ・ 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