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、自覚症状に〇を付けてください。

・ 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（血の混じった便）

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．排便はどうですか ・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
・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