

問 診 票

フリガナ お名前	性別 男 ・ 女	年齢 才 生年月日 年 月 日
-------------	-------------	-----------------------

1. 本日来院された理由、自覚症状をご記載ください。

いつから？ 月 日から、 日前、 週前、 ヶ月前、

- ・ 発熱、頭痛、身体がだるい、
- ・ 喉の痛み、咳、痰、鼻水、鼻閉
- ・ 息切れ、動悸、めまい、むくみ
- ・ 黒色便、下血（血の混じった便）
- ・ 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

その他（ ）

2. 既往歴

- ・ 食道/胃潰瘍/十二指腸潰瘍/大腸
- ・ 高血圧/心臓病
- ・ 糖尿病/高脂血症/高尿酸血症
- ・ 肝臓病（B型、C型、その他）
- ・ 腎臓病
- ・ その他（ ）

3. 現在内服中の薬/お持ちでしたらお薬手帳、紹介状、健診結果を窓口にご提出し拝見させていただきます。

薬（ ）

4. 食物アレルギー：無・有（ ）

薬のアレルギー：無・有（ ）

5. 喫煙 無・有（ ）本/日

飲酒 無・有 週に（ ）回程度

お酒の種類（ ）量（ ）ml/日

6. 家族歴

- ・ 高血圧・心臓病・腎臓病・胃癌・大腸癌・膵癌・肺癌・前立腺癌・乳癌/子宮癌/卵巣癌
- ・ その他（ ）

7. 身長・体重 ・身長（ ）cm ・体重（ ）kg

8. 便通 ・毎日 ・（ ）日に1回 ・よく下痢する

9. 女性の方へ 妊娠していますか 無・有

授乳していますか 無・有

10. ご希望の検査： ・超音波 ・胃カメラ・大腸カメラ ・血液/尿検査/胸部レントゲン

11. 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 ・ 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