

ID() 初 診 問 診 票

ご記入日	年 月 日	記入者	本人	家族	その他()
フリガナ					
お名前					男性 女性
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ()歳				
ご住所	〒 市・都				
電話番号	携帯 (- -) 自宅 (- -)				
緊急連絡先	お名前 () 続柄 () 電話番号 (- -)				
当院までの来院方法	車 バイク 自転車 徒歩 公共機関 送迎				

来院時の体温	℃	身長 []cm	体重 []kg
--------	---	----------	----------

該当する項目に○を付けてお答えください。

転院希望	●紹介状をお持ちの方は受付にご提示ください。(病名:)				
健診異常	●健診結果をお持ちの方は受付にご提示ください。(項目:)				
風邪症状	咳が出る 鼻水が出る 痰が出る 喉が痛い 関節痛 寒気 倦怠感				
腹部症状	腹痛 吐き気 下痢 便秘 下血(黒色便・血便) 胸やけ 食欲がない 胃の調子が悪い 胃痛				
胸部症状	胸痛 胸が苦しい 圧迫感 動悸 息苦しい				
その他症状	頭痛 めまい 残尿感 排尿痛 排尿時違和感				
検査予約希望	胃カメラ ピロリ菌 大腸カメラ エコー レントゲン CT				
Web予約	胃カメラ本日Web予約済・大腸カメラWeb予約済(検査日 月 日)				
※上記の症状に当てはまらない場合等はこちらへご記入ください。					

症状はいつからですか?	年 月 日から 現在症状はない				
早くお呼びできる 医師でよろしいですか?	はい . いいえ ()				
現在治療中の病気	ない ある	糖尿病 高血圧症 高脂血症 心臓疾患(不整脈も含む) 肝疾患 脳血管疾患 前立腺肥大症 緑内障 気管支喘息 その他 []			
過去に治療を 受けた病気	ない ある	糖尿病 高血圧症 高脂血症 心臓疾患(不整脈も含む) 肝疾患 脳血管疾患 前立腺肥大症 緑内障 気管支喘息 その他 []			
アレルギーは ありますか?	ない ある	薬品名()・食品名()・花粉症・その他			
お酒は飲みますか?	飲まない 飲む	毎日・週____日・時々 ビール____ml、焼酎____合、日本酒____合、ワイン____杯			
タバコは吸いますか?	吸わない 吸う	1日____本、____年間 辞めた➡約____年前			
飲んでいる薬は ありますか?	ない ある	薬の名前 [] ●お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。			
手術歴はありますか?	ない ある	いつ頃() どんな手術ですか()			
女性の方へ	妊娠の可能性(あり・なし) 妊娠中()週 授乳中				