

問 診 票

ID _____ 年 月 日

フリガナ	住所 〒		
氏名			
様 男・女			
生年月日	電話	自宅	()
T・S・H 年 月 日	番号	携帯	()
身長	cm	体重	kg
血压	/	脈拍	bpm
		体温	℃

来院理由	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検査希望 < 胃カメラ・大腸カメラ・エコー・その他 >・ 自費診療 ・ 健康診断で異常を指摘された (内容:) ・ 体調不良 どのような症状がありますか? 発熱 / せき / のどの痛み / 胸の痛み / 息苦しい / 腹痛 / 胸やけ / 吐き気 / 嘔吐 / 下痢 / 便秘 頭痛 / めまい / 倦怠感 / 体重減少
経過 ↓	

既往歴	高血圧 / 糖尿病 / 脳血管疾患 / 高脂血症 / 喘息 / 胃・十二指腸潰瘍 / 甲状腺疾患				
ない・ある→	心筋梗塞・狭心症 / 緑内障 / その他 ()				
手術歴	病名(部位など):	他院	ない	通院先名	
ない・ある→	いつ(年齢など):	通院	ある→		
服用薬	ない ある→	薬の副作用		ない ある→	
		お薬手帳は受付にお持ちください			
アレルギー	ない ある→	女性の方	妊娠の可能性 ある / ない ・ 授乳中		
飲酒	ない ある→	一日 ビール ml 日本酒 合	たばこ	ない ある→	一日 本 年間
内視鏡歴	胃カメラ	大腸カメラ			
ない・ある→	いつ (年齢など) :	いつ (年齢など) :			

※当クリニックでは個人情報保護法に基づき適切に管理しております

当院をどこで知りましたか？

他院より紹介 / 知人・家族の紹介 / ホームページ / 電柱看板 / 住まいが近い / その他(

ほしおか内科・消化器内科クリニック