問 診 票 （初めて受診される方）

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名							
住所	〒		電話番号				
			携帯番号				

【　身長　　cm　/　体重　　kg　】

1.どのような症状で来られましたか？

□胃の症状　→いつからですか（　　頃から）→胃痛・もたれ・吐き気
詳しい症状（　　）

□お腹の症状→いつからですか（　　頃から）→きりきり痛い・重い・張っている
詳しい症状（　　）

□便通の異常→いつからですか（　　頃から）→下痢・便秘・下痢便秘の繰り返し
詳しい症状（　　）

□肛門の症状→いつからですか（　　頃から）→痛い・腫れている・出血する
詳しい症状（　　）

□内視鏡検査の希望→定期的な検査・症状があるので心配・検診で要精検
→　□胃カメラ　□大腸内視鏡

□その他　（　　）

2.下記に記した病気はありますか？該当するものに〇をつけてください。

なし　/　高血圧・心臓病・糖尿病・喘息・腎臓病・てんかん・前立腺肥大・重症筋無力症
緑内障・肝臓病・高コレステロール血症・その他（　　）

3.いままでに手術を受けたことがありますか？

なし
いつごろ（　　）　手術名（　　）
いつごろ（　　）　手術名（　　）
いつごろ（　　）　手術名（　　）

4.特異体質・アレルギーはありますか？（ある場合は□に✔をつけてください）

☐ない　☐花粉症　☐薬剤（　　）☐麻酔（　　）
☐食物（　　）☐その他（　　）

5.現在服用している薬はありますか？

ない　ある（　　）

6.喫煙はされますか?（はい：1日　　本　　いいえ　）
禁煙された方は、いつ頃から禁煙されましたか？　（　　年　　月　）

7.人工肛門などの特殊な装具を使用していますか？

いいえ　はい（　　）

8.差支えなければ今回このクリニックを受診されたきかっけを教えてください。

家族や親せきの勧め・知人の勧め・家が近い・インターネット・チラシ
その他（

＜以下女性の方のみ＞

9.妊娠されていますか？（いいえ・わからない・はい　　週目）

10.授乳中ですか？　（はい：出産日　　いいえ　）