



問診票

No. _____

本日は御来院ありがとうございます。わかる範囲でお書き下さい。体調が悪く問診票の記入が
つらい方は、ご遠慮なくお申し出下さい。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな

氏名: _____ (男・女)

生年月日: (明治・大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所: _____

電話番号: () _____ - _____

身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg ・ 体温 _____ °C

診察の際、参考にさせていただきますので、以下の質問にお答え下さい。

1. いつからどのような症状がありますか。あてはまる項目を○で囲み、その他具体的にお書き下さい。

・熱がある ・喉が痛い ・体がだるい ・腹痛 ・下痢 ・胃・大腸カメラ(内視鏡)検査希望
他(具体的に) _____

※日頃下記の症状がある場合は項目を○で囲んでください。

・食欲不振 ・体重減少 ・息切れ ・動悸
・痛み(頭・胸・お腹・腰) ・吐き気 ・胃もたれ ・疲れやすい
・不眠 ・めまい ・イライラ ・気分の落ち込み
・その他()

2. 現在治療中の病気はありますか。

ない ある ()

3. 現在飲んでいるお薬はありますか。

ない ある ()

4. いままで大きな病気で入院や手術をしたことがありますか

はい いいえ

「はい」の方は(_____ 歳頃)

(_____ 歳頃)

5. 薬や食べ物のアレルギーはありますか。

はい いいえ

「はい」の方は具体的に()

6. お酒は飲まれますか。

はい いいえ

「はい」の方は(週 _____ 回 _____ 合)

7. タバコは吸われますか。

はい いいえ

「はい」の方は(1日 _____ 本)

8. 現在妊娠されている可能性がありますか、または授乳中ですか。(女性の方)

はい いいえ 不明

ご協力ありがとうございました。おそれいりますが受けにお渡し下さい。