問　診　票

令和　　年　　月　　日

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年　月　日 （　才）
住所	〒　　ー		連絡先	自宅 携帯 勤務先	ー　ー ー　ー ー　ー
身長	㎝	体重	㎏	体温	℃

※個人情報につきましては当院での診療目的以外に使用しません。

以下の項目について分かる範囲で結構ですのでご記入よろしくお願いいたします。

① 今日はどうされましたか？

② 症状はいつ頃からですか？

③ 現在治療中の病気はありますか？

□ なし　　□ あり（病名；　　）病院名（　　）

④ 現在服用している薬があれば教えてください。お薬手帳があればご提示ください。

⑤ 過去にかかったことのある病気があれば〇印を付けてください。

高血圧、糖尿病、脂質異常症、心臓病、不整脈、脳梗塞、腎臓病、アレルギー、ぜんそく

花粉症、緑内障、前立腺肥大症、がん（　　）、その他（　　）

⑥ 薬や注射、食べ物などでアレルギー（じんましんや気分不良）を起こしたことはありますか？

□ なし　　□ あり（薬や食品の名前；　　）

⑦ 嗜好品についてお伺いします。

たばこ　：□ 吸わない　□ 吸う（1日　本×　年）□ 禁煙した（　才）
アルコール：□ 飲まない　□ 飲む（1日　ｍｌ、ビール・焼酎　）

⑧ 血縁者で、がん・心筋梗塞・脳梗塞・生活習慣病（高血圧など）の方はおられますか？

□ いいえ　□ はい（　　）

⑨ 女性の方で妊娠の可能性や授乳中の方はお知らせください。

妊娠の可能性　□ なし　□ あり　□ 分からない（最終月経日　月　日）
□ 現在妊娠中（　週）

⑩ その他ご相談やご希望されることがあればお書きください。

☆ 当院をどのようにして知りましたか？

ご家族 ・ ホームページ（パソコン・スマートフォン）・ ご近所 ・ 看板
知人（紹介者；　）・ その他（　）

ご記入ありがとうございました。

えだがわ胃腸内科 Edagawa クリニック