

問 診 票

記入日： 年 月 日

フリガナ			生年月日
氏名	(男・女)	大・昭・平・令	年 月 日 歳
住所	(〒 -)		
電話番号	(自宅)	(携帯)	

・本日はどうなさいましたか？当てはまる症状にチェックを付けてください	
<input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 動悸	
<input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 体がだるい <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 吐き気	
その他()	
・症状はいつ頃からありますか？ ()	
・現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし (病名)	
・現在飲んでいるお薬はありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし ()	
・過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし ()	
・喫煙 飲酒について教えてください	
喫煙 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 歳から) <input type="checkbox"/> 禁煙した(歳から)	
飲酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(週 本/日)	
・お薬 食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし ()	
・女性の方へ：現在妊娠中あるいは妊娠の可能性 または授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 授乳中)	
・以前、胃内視鏡、大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸 (何年前)	
・初診の方へ伺います。当院をどのようにお知りになりましたか？	
<input type="checkbox"/> 知人の紹介() <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通り道	
<input type="checkbox"/> その他()	

※ご協力ありがとうございました