

＜一般問診票＞

年 月 日

フリガナ				男・女	生年月日	T・S・H	年	月	日	歳
お名前										
住所	〒									
電話番号	自宅	-	-	携帯	-	-	職業			

■ 本日はどうなさいましたか

おなかの痛み ・ 吐き気 ・ 腹部のはり ・ 便秘 ・ 下痢

ピロリ菌の相談 ・ 健診結果の相談 ・ 内視鏡希望（胃カメラ ・ 大腸カメラ） ・ その他

- ・具体的に()
- ・いつからですか?()
- ・他院を受診された方は病院名を教えてください()

■ 内視鏡検査を希望されますか？

はい ・ いいえ ・ 相談したい

※「はい」か「相談したい」とお答えの方は、2枚目の〈内視鏡問診票〉もご記入ください。

■ 過去または現在治療中の病気はありますか？

はい ・ いいえ

病名()

■ 過去に手術を受けられたことはありますか？

はい ・ いいえ

手術内容()

■ 現在内服しているお薬はありますか？

はい ・ いいえ

お薬の名前()

※お薬手帳をお持ちでしたら受付にご提示ください

■ お薬のアレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

お薬の名前()

■ 煙草は吸いますか？

吸っている ・ 吸わない

吸っている方： 本/日 喫煙期間： ～ 歳

■ 女性の方に質問です。

・妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ

・授乳中ですか？ はい ・ いいえ

■ 当院へは何をご覧になってお越しになりましたか？

＜ Google ・ Yahoo ・ ドクターズファイル ・ 品川区ドクターズ ・ その他 ＞

看板を見て ・ 通りがかり ・ ご紹介()様