

## ＜ 一般問診票 ＞

年 月 日

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

■ 困っている症状を教えてください

胸やけ ・ 胃痛 ・ 胃もたれ ・ 腹痛 ・ 便秘 ・ 下痢

ピロリ菌 ・ 健診結果の相談 ・ 内視鏡希望（胃カメラ ・ 大腸カメラ）

その他（ ）

いつからですか？（

他院を受診されましたか？ 病院名（ ）

診断名（ ）

■ 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」、「相談したい」とお答えの方は  
〈内視鏡問診票〉もご記入ください

■ 治療中の病気はありますか？

はい ・ いいえ

（ ）

■ 内服しているお薬はありますか？

はい ・ いいえ

（ ）

\* お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください

■ 手術を受けたことはありますか？

はい ・ いいえ

（ ）

■ お薬のアレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

（ ）

■ 喫煙歴について教えてください

あり ・ なし

（ ）本/日 喫煙期間（ ～ ）歳

■ 女性に質問です

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

ご紹介（ ）様 ・ 通りがかり



**おおいまち**  
**消化器外科クリニック**  
ooimachi digestive surgery clinic