

一般問診票

お名前

(カタカナ)

ご職業

ご相談内容をお書きください、症状があればいつからどのような状態かお書きください

ご相談内容で不安に感じていることがあれば、どのような不安があるかお書きください

ご希望の検査があればチェックをお願いします。

血液検査 エコー 胃カメラ 大腸カメラ

現在、他の医療機関に通院していますか

いいえ はい →医療機関名： _____

治療内容： _____

現在使用中のお薬はありますか？

いいえ はい ※お薬手帳をお持ちの方は問診票と一緒にお願いします

今までに通院を必要とした病気・手術歴はありますか

いいえ はい (_____)

この一年間で健診を受診しましたか

いいえ はい (受診時期： _____、指摘事項 _____)

今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか

いいえ はい (_____)

喫煙歴はありますか

いいえ はい (1日の本数 _____ 本/日、年数 _____ 年、禁煙期間 _____ 年)

飲酒習慣はありますか

いいえ はい (飲酒する内容と量、頻度 _____)

女性の方のみご回答ください。妊娠中もしくは授乳中ですか

妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中 該当なし

血縁者で心疾患、癌、脳出血・脳梗塞の方がいらっしゃればご記載ください

(_____)

ご記入ありがとうございました。