

問 診 票

登録番号: _____

西暦 20 年 月 日

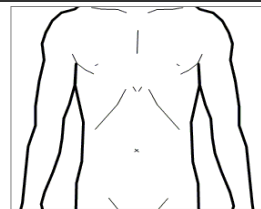
フリガナ	年齢	性別	職業	身長	体重
氏名	歳	男・女		cm	kg

症状

- 1 受診された理由 症状がある 定期検査 検診結果再検
- 2 本日食事をされましたか いいえ はい 何時頃 _____
- 3 紹介状をお持ちですか なし あり

4 紹介状なしの方のみお答えください

- ① 現在の症状を選んでください
吐き気 (嘔吐) ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 発熱 ・ 下血
腹部の張り感 ・ その他 (_____)
- ② 上記の症状はいつからですか (_____ 頃から)



既往歴

- 5 現在治療中または指摘された病気で、下記にあてはまるものをお答えください
なし ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 心臓病 ・ 甲状腺疾患 ・ 喘息
前立腺肥大 ・ 腎臓病 ・ 緑内障 ・ その他 (_____)
- 6 手術の既往はありますか なし あり
_____ 歳頃 病名 _____ (当院・他院) _____ 歳頃 病名 _____ (当院・他院)

- 7 服用中の薬はありますか なし あり
- 8 服用中の薬がある方のみお答えください
① 薬がわかるものをお持ちですか なし 説明書 薬手帳 現物
② 抗血栓薬 (血液を固まりにくくする薬) を服用中ですか いいえ はい
- 9 薬や検査でアレルギーを起こしたことはありますか なし あり 薬品名 _____
- 10 食品でアレルギーを起こしたことはありますか なし あり 食品名 _____

- 11 飲酒をされますか いいえ はい
- 12 喫煙をされますか いいえ 吸っている/いた 1日 本 合計 年間 _____
- 13 かかりつけの病院はありますか いいえ はい 病院名 _____

- 14 女性の方のみお答えください
① 妊娠の可能性はありますか なし あり 不明
② 授乳中ですか いいえ はい
③ 最終月経 (月 日 ~ 月 日) ④ 閉経 (歳頃)

ご希望

- 15 ① 悪性疾患の際に病名の告知は希望されますか いいえ はい
② 「いいえ」の際にどなたに説明を希望されますか
 配偶者 その他 (氏名 _____ 続柄 _____)
- 16 緊急連絡先 ご本人 携帯電話 _____
ご本人以外 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____
- 17 その他、医師に相談があれば記入してください
(_____)

ご協力ありがとうございました。診察の順番はロビーのモニターでご案内します。
緊急の処置や時間を要する患者様がおられるため、診察までお待ちいただく場合がございます。
なお、体調が著しく悪い方はお申し出ください。

診察申込書

西暦 20 年 月 日

予約の有無	有 ・ 無	登録番号 _____	
フリガナ		生年 月日	明大昭平
氏名	男・女	年 月 日生	才
現住所	〒 _____ (_____ 方)		
自宅電話	— —	携帯電話	— —
保険証と一緒に受付へお出しください。 保険証のない方、お忘れになった方は受付へお申し出ください。			

文書番号 23-947 医事外

八王子消化器病院