

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 _____

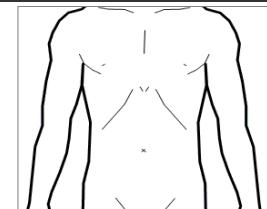
3 紹介状をお持ちですか なし あり

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) 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」の際は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、診察までお待たせする場合がございます。

なお、体調が著しく悪い方はお申し出ください。

文書番号 25-24004 医局

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	年	月	日	生 才
氏名	男・女								
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