

## 問 診 票

登録番号：\_\_\_\_\_

西曆20 年 月 日

氏名		職業	身長	体重
			cm	kg

受診された理由	<input type="checkbox"/> 症状がある	<input type="checkbox"/> 定期検査	<input type="checkbox"/> 健診結果再検
---------	--------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

いつからどのような症状がありますか？ (いくつでも可)	<input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 腹部の張り感 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> その他（ ）
--------------------------------	--

本日食事をされましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（何時頃）
--------------	---

現在治療中または指摘された病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> その他（ ）
------------------------	--

手術の既往歴はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（病名： _____）
---------------	---

他の医療機関に通院してますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（病院名： ）
-----------------	--

<p>現在服用中の薬はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい（薬の名前がわかるものをお持ちですか： <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい）</p>
-----------------------	---

薬のアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（薬品名：                      ）
----------------	---

食品アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（食品名：                                  ）
----------------	---

飲酒をされますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
-----------	---

喫煙をされますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 吸っている / <input type="checkbox"/> いた <u>一日</u> <u>本</u> <u>合計</u> <u>本(年間)</u>
-----------	--

<p><u>女性のみ</u></p> <p>妊娠の可能性はありますか？</p> <p>授乳中ですか？</p> <p>最終月経</p>	<p><input type="checkbox"/> いいえ      <input type="checkbox"/> はい      <input type="checkbox"/> 不明</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ      <input type="checkbox"/> はい</p> <p>月      日      ～      月      日</p>
--	---

悪性疾患の際に病名の告知を希望されない方はレ点をお願いします。□

緊急連絡先 (ご本人以外)	氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____
------------------	------------------------------

## 診察申込書

西曆 20 年 月 日

予約の有無		有		無		登録番号			
フリガナ				生年		明大昭平		年 月 日生 才	
氏 名		男・女		生年月日					
現 住 所		〒						( 方)	
自宅電話		— —		携帯電話		— —			
<p>保険証と一緒に受付へお出しください。</p> <p>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。</p>									

文書番号 23-947 医事外

八王子消化器病院