

問診票（消化器）

記入日 西暦 年 月 日 カルテNo. _____

ふりがな				性別	男性 ・ 女性
お名前	さま				
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	年齢 満 歳
身長・体重	身長	cm		体重	kg
住所	〒 -				
電話番号	自宅 ()	-	携帯 ()	-	

①今回はどのような症状で来院されましたか？

いつ頃からでしょうか？ 月 日頃から

健診やドックで指摘された→(当院で実施・他院で実施)※結果があればご提出下さい

②今までに指摘された病気についてお聞かせください。

- ぜんそく 高血圧症 狭心症または心筋梗塞 不整脈 糖尿病
高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 肝臓病 腎臓病 慢性関節リウマチ
前立腺肥大 緑内障 甲状腺機能亢進症
その他 ()

③今現在、服用中の薬はありますか？ ※お薬手帳があればご提出下さい。

- なし
あり→(医療機関名：)
 (薬品名：)

⑤過去にお薬や歯科の麻酔、食べ物でアレルギー（ショック・じんましん・気分不良等）を起こしたことはありますか？ なし あり ()

⑥現在の状態をお教えてください

- 食欲（良・普通・不良） 睡眠（良・不良） 便通（ 日 回）
 飲酒（ほぼ毎日・週に数日・機会があれば・飲まない）
 コップ一杯のビールを飲んで、顔が赤くなったことはありますか なし ある
 喫煙 1日 本 年間（以前禁煙されていた方は____年前から禁煙） ・ 吸わない
 女性の方は・・・妊娠の可能性はありますか？ なし あり
 最終月経 月 日から ・ 閉経している

★当科・当院を知ったきっかけは何でしょうか？ ※複数回答可

- 他科も含め通院中 家族・知人の紹介 ホームページやネット検索・SNSなど
DAITO TIMEやチラシなど 他医療機関からの紹介(紹介元:)
その他 ()

医療法人恵和会 恵和会総合クリニック