

ID:

問診票(内科)

平成 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	大・昭・平	年	月 日(才)
住所	〒 -			職業	
電話番号	自宅:		携帯:		
	身長:	cm	体重:	kg	(紹介状 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)

●本日はどうされましたか

いつから ()
どんな症状 発熱(°C) 吐き気・嘔吐 腹痛 下痢 便秘 食欲不振
 腰痛・背部痛 せき 痰 鼻水・鼻づまり のど痛 胸痛 息苦しい
その他()

●どの様な病気を心配されていますか

逆流性食道炎 胃・十二指腸潰瘍 胃がん 大腸がん 大腸ポリープ 肝機能障害
 B型肝炎 C型肝炎 その他()

●ご希望の検査はありますか

胃カメラ 大腸カメラ 腹部超音波(エコー)検査 心電図検査 レントゲン検査
 その他()

●現在治療中の病気はありますか。 いいえ はい 病院名:()

高血圧 高脂血症 糖尿病 心疾患(不整脈・狭心症・心筋梗塞等) 脳疾患(脳梗塞等)
 緑内障 前立腺肥大 癌(部位:) その他()

●現在内服されている薬があればお書きください

((お薬手帳: 有 無)

●今までに入院・手術歴はありますか はい いいえ

病名:(, 歳頃)

●アレルギーはありますか はい いいえ

薬()、食品()、その他()

●ご家族で下記の病気の方はいますか

高血圧症 高脂血症 糖尿病 心臓病 脳疾患 B型肝炎 C型肝炎
 胃がん 大腸がん その他のがん(部位:) その他()

●(女性の方に)

妊娠の可能性はありますか はい わかりません 妊娠の可能性はありません
授乳中ですか はい いいえ

●当院を何でお知りになりましたか

以前から知っていた ホームページ 知人の紹介 駅広告・看板 他院からの紹介 その他
医療法人 北樟会 きたいクリニック