問診票

お名前（ふりがな）：　　様　男・女

生年月日：大・昭・平　　年　　月　　日（　　才）

住所：〒

Tel：（自宅）　　／（携帯）

1）　今日は、どうされましたか？（いつから、どのような症状がありますか）

2）　今までにかかったことのあるご病気はありますか？

3）　現在、服用しているお薬はありますか？（お薬の手帳や用紙があればご持参ください）

4）　お薬や食べ物のアレルギーはありますか？
□いいえ　□はい（　　）

5）　これまでに以下の検査はしたことはありますか？
胃カメラ　（いいえ）（はい：　年前　結果：　　）
胃バリウム（いいえ）（はい：　年前　結果：　　）
大腸カメラ（いいえ）（はい：　年前　結果：　　）

6）　ご家族の中でがんにかかられた方はいらっしゃいますか？
□いいえ　□はい（誰が：　　どんな：　　）
（誰が：　　どんな：　　）

7）　アルコールは飲まれますか？
□いいえ　□はい（週　日：内容　　）

8）　タバコは吸われますか？
□いいえ　□はい（1 日　本 ×　　年間）

9）　女性の方のみ
妊娠されていますか？　□いいえ　□はい　□可能性あり
授乳されていますか？　□いいえ　□はい

10）当クリニックを何でお知りになりましたか？
□ インターネット（検索単語：複数可　　）
□ 家族の紹介　□知人の紹介
□ 近所、通りがかり
□ かかりつけの先生から紹介（医院または先生名：　　）
□ 近所で看板を見た　□その他（　　）

ご記入いただき有り難うございました。

森ノ宮胃腸内視鏡 ふじたクリニック