問 診 票 （久しぶりに受診される方）

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名							
住所	〒		電話番号				
			携帯番号				

【　身長　　cm　/　体重　　kg　】

1.どのような症状で来られましたか？

□胃の症状　→いつからですか（　　頃から）→胃痛・もたれ・吐き気
詳しい症状（　　）

□お腹の症状→いつからですか（　　頃から）→きりきり痛い・重い・張っている
詳しい症状（　　）

□便通の異常→いつからですか（　　頃から）→下痢・便秘・下痢便秘の繰り返し
詳しい症状（　　）

□肛門の症状→いつからですか（　　頃から）→痛い・腫れている・出血する
詳しい症状（　　）

□内視鏡検査の希望→定期的な検査・症状があるので心配・検診で要精検
→　□胃カメラ　□大腸内視鏡

□その他　（　　）

2.下記に記した病気はありますか？該当するものに〇をつけてください。

なし　/　高血圧・心臓病・糖尿病・喘息・腎臓病・てんかん・前立腺肥大・重症筋無力症
緑内障・肝臓病・高コレステロール血症・その他（　　）

3.前回受診後に当院以外で手術を受けましたか？

受けた　　受けていない
→いつごろ（　　）　手術名（　　）

4.前回受診された後に、新たな病気が発症しましたか？（継続治療の必要な病気）

ない　　ある（　　）

5.特異体質・アレルギーはありますか？（ある場合は□に✔をつけてください）

☐ない　☐花粉症　☐薬剤（　　）☐麻酔（　　）
☐食物（　　）　☐その他（　　）

6.現在服用している薬はありますか？

ない　　ある（　　）

7.喫煙はされますか?（はい：1日　　本　　いいえ　）
禁煙された方は、いつ頃から禁煙されましたか？　（　　年　　月　）

8.人工肛門などの特殊な装具を使用していますか？

いいえ　　はい（　　）

＜以下女性の方のみ＞

9.妊娠されていますか？（いいえ・わからない・はい　　週目）

10.授乳中ですか？　（はい：出産日　　いいえ　）