

問 診 票

年 月 日

フリガナ 氏 名	(男 ・ 女)
生年月日 大・昭・平・令	年 月 日 (才)
住 所 〒	
埼玉県	
電話番号	()

1. いつ頃から どのような症状でお困りですか？

2. 他に症状はありますか？

食欲 (ある・普通・ない) 便秘 (回 日 便秘・下痢)

はき気 (ある・ない) 嘔吐 (した 回／日・してない)

その他 ()

3. 今までにかかった病気を○で囲んでください。それはいつ頃 (何才頃) ですか？

心臓病 () 喘 息 () 脳梗塞等 ()

手術を受けたことがある ()

その他 ()

4. 現在、持病などで通院していますか？

はい → 医療機関名・治療内容等記入してください

いいえ

5. 現在、処方されている薬はありますか？

はい → 薬の名前がわかれば記入してください

いいえ

6. この1年間で健診 (特定健診および高齢者健診に限る) を受診しましたか？

はい → いつ頃ですか？ 何か指摘されましたか？

いいえ

(裏にも質問事項があります)

7. 今までに薬や食べ物でじんましん等のアレルギー経験はありますか？

はい → その薬や食べ物がわかれば記入してください

いいえ

8. 他に身体のことでの心配や気になることはありますか？

9. 嗜好品についてお答えください

お酒 飲まない

飲む (毎日・ときどき) 1回量 () 飲酒歴 () 年

たばこ 吸わない

吸う → 1日 () 本 喫煙歴 () 年

紙巻きたばこ・加熱式たばこ・電子たばこ

やめた → () 年前 紙巻きたばこ・加熱式たばこ・電子たばこ

10. 女性の方にお伺いします

月経周期 (安定・不順・閉経) 最近の月経 (月 日から 日間)

授乳中ですか？ (はい・いいえ) 妊娠中ですか？ (はい ヶ月・いいえ)

11. あなたの血縁関係 (祖父・祖母・父・母・兄弟・子供) で次の病気にかかったことがある

または、かかっている方があればお答え下さい

がん () 高血圧 () 糖尿病 ()

心臓病 () 結核 () 喘息 ()

その他 ()

12. 検査の結果、がん等の悪性疾患と診断された場合、告知を希望されますか？

希望する 希望しない

13. マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？

同意する 同意しない

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

ありがとうございました

上尾胃腸科外科医院