

問 診 票

氏名 \_\_\_\_\_ 様 (男・女) 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

※当院では、施設の構造やスペースの関係で他の患者様への感染予防に対応できない為、  
現在発熱・咳・たん・のどの痛みなどの風邪症状のある方の診察はしていません。  
ご理解とご協力をお願い申し上げます。

① 本日はどのような理由で来院されましたか？

吐き気 嘔吐 食欲不振 のどのつかえ感

胸焼け 胃痛 胃もたれ お腹が張る 腹痛 下痢 便秘 血便 黒色便

体重減少 健康診断後の二次検査 血圧 尿酸 糖尿 コレステロール

内視鏡検査を希望 (胃) 【月・火・水・金】

(大腸) 【月・火・水・金】

※眠ったままでの内視鏡検査は行っていません

その他 [ \_\_\_\_\_ ]

② その症状はいつ頃からですか？

③ 今回の症状で今までに治療を受けられましたか？

いいえ  はい (いつ頃: \_\_\_\_\_ 医療機関: \_\_\_\_\_)

④ 現在、治療中の病気はありますか？

いいえ  はい 脳卒中 緑内障 ぜん息 高血圧 糖尿病 高脂血症  
心臓病・ペースメーカー埋め込み 腎臓透析中  
前立腺肥大症 精神疾患 ( \_\_\_\_\_ ) 癌 ( \_\_\_\_\_ )  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

⑤ 現在、飲んでいる薬がありますか？ (お薬手帳があればお出してください)

いいえ  はい (薬品名: \_\_\_\_\_)

⑥ 今までに薬や食品でアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ  はい (薬剤名: \_\_\_\_\_ 食品名: \_\_\_\_\_)

⑦ 今までに大きな病気になったことや、手術を受けられたことはありますか？

いいえ  はい (病名: \_\_\_\_\_)

⑧ 女性の方へ：現在、妊娠中・妊娠の可能性ある・授乳中ですか？

いいえ  はい

⑨ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

⑩ 飲酒 無 有

⑪ 喫煙 無 有 ( \_\_\_\_\_ 本/日)