

初診問診票

お名前は、カタカナでお書き下さい

年 月 日

お名前（フリガナ）

様 生年月日 年 月 日 歳

連絡先（携帯）

（自宅）

〒

住所

1、 診察・投薬希望 注射療法希望 手術希望

2、あてはまる症状にチェックまたは○をつけてください。（3、以降もご記入ください）

☆（肛門科、ソケイヘルニア・だっちょう）で来院された方へ

①肛門科

・痛み ・出血 ・かゆみ ・違和感 ・イボ ・うみ

・排便状態（軟 普通 硬）（ 回/ 日）

②ソケイヘルニア

・左 ・右 ・痛み ・腫れ ・違和感

内視鏡検査をされたことはありますか？

胃カメラ izzgoo 年 月どこで（ ） 大腸カメラ izzgoo 年 月どこで（ ）

3、いつからどのような症状がありますか？ 例：1週間前から下痢をしている など

4、今、かかっている病気はありますか？ 例：心臓病・高血圧・糖尿病 など

5、今までにかかった病気や手術はありますか？例：盲腸・胆石 など

6、普段のんでいるお薬はありますか？

・無 ・有

7、お薬（注射・飲み薬）で気分が悪くなったり、じんましんがでたことはありますか？

・無 ・有（薬名 ）

8、現在妊娠されていますか？ または、授乳中ですか？

・無 ・有 ・授乳中

9、当クリニックには何を見て来院されましたか？

ホームページ、yahoo、google、紹介（ ）様、（ ） 病院・医院）