

# 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？ ・無（胃 ・ 大腸）

胃カメラ いつごろ 年 月どこで（ ）  大腸カメラ いつごろ 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？ ・無 ・有 例：心臓病・高血圧・糖尿病 など  
・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・脂質異常 ・コレステロール ・その他（ ）

5、今までにかかった病気や手術はありますか？ ・無 ・有 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  お薬手帳を受け付けにお出し下さい。

内容（ ）

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、アレルギー・喘息はありますか？ ・無 ・有

・花粉症 ・喘息 ・ピーナッツ ・パイナップル ・卵 ・牛乳 ・えび ・かに

・その他（ ）

9、現在妊娠されていますか？ ・無 ・有 または、授乳中ですか？ ・無 ・有

10、鎮痛剤を服用されたことありますか？ ・無 ・有 副作用はありましたか？ ・無 ・有

・ロキソニン ・セレコックス ・カロナール ・ ترامセツト ・リリカ ・市販薬

11、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）