

年 月 日

# 問診票 1

全ての項目をご記入下さい。 また全て西暦・月・日でお答え下さい。

お名前（カタカナで） \_\_\_\_\_ 様 男 女

生年月日 年 月 日 歳

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先（自宅） 無 \_\_\_\_\_ （携帯） 無 \_\_\_\_\_

・コロナワクチン接種の有無 \_\_\_\_\_ ・無 \_\_\_\_\_ 回目 \_\_\_\_\_ 年 月 日

・インフルエンザワクチンの接種の有無 \_\_\_\_\_ ・無 \_\_\_\_\_ 年 月 日

・ご職業は（具体的にお願いします。事務・運転手・営業・建築業・販売員など）

・いつからどのような症状がありますか？

①肛門 ・痛み ・出血 ・かゆみ ・違和感 ・イボ ・うみ ・その他（ \_\_\_\_\_ ）  
症状

②ソケイヘルニア ・左 ・右 \_\_\_\_\_ ・痛み ・腫れ ・違和感  
症状

・喘息はありますか？

ない ・ ある 治療されていますか？ ない ・ 経過観察 ・服用内容（ \_\_\_\_\_ ）

・アレルギーはありますか？

ない ・ ある（アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・ピーナッツ・パイナップル・卵・牛乳・ココナッツ・やし油  
その他（ \_\_\_\_\_ ）

・お薬やサプリは服用されていますか？ \_\_\_\_\_ ・ない \_\_\_\_\_ 下記に薬名を記入又は、お薬手帳を受け付けにお出し下さい。  
ある（ \_\_\_\_\_ ）

・今現在、かかっている病気はありますか？

ない ・ ある（高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・脂質異常 ・コレステロール  
・その他（ \_\_\_\_\_ ）

# 問診票 2

全ての項目をご記入下さい。 また全て西暦・月・日でお答え下さい。

- 今までにかかった病気は、ありますか？  
ない ・ ある（高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 脂質異常 ・ コレステロール  
・その他（ ）
- 今までに手術を受けられたことは、ありますか？ ・ ない 年月日・どこで・どのような手術  
ある（ ）
- 痛みどめを服用されたことありますか？ ・ ない  
ある（ロキソニン カロナール ボルタレン セレコックス トラムセット リリカ 市販薬 ）
- 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？ ・ ない  
ある（ ）
- 抗凝固剤を服用されていますか？ ・ ない  
ある（ ）
- 漢方は服用できますか？ できない できる
- 便秘 ない ある（頻度は 日おき）
- 内視鏡検査をされたことはありますか？  
胃カメラ ない ある（いつごろ 年 月）  
大腸カメラ ない ある（いつごろ 年 月）

• 下記項目に該当される方は、○をお付け下さい。（以前治療されていた方も）

- C型肝炎（HCV） ・ B型肝炎（HBS） ・ 梅毒 ・ HIV ・ 全て無し
- 現在妊娠されていますか？ ・ ない ・ ある 出産予定日 月 日
- 授乳中ですか？ ・ ない ・ ある
- 当院へは何をご覧になってお越しになりましたか？  
・google ・yahoo ・その他（ ） ・ご紹介（ 様 病医院 ）