

問診票

年 月 日

1～14の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 職業

連絡先（自宅） 無 （携帯） 無

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。

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

3、いつからどのような症状がありますか？ 例：○/△からどのような症状がある

4、内視鏡検査をされたことはありますか？ ・無の場合（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（ ）

5、今、かかっている病気はありますか？ ・無 ・有

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

6、今までにかかった病気は、ありますか？ ・無 ・有 例：心臓病・高血圧・糖尿病 など

7、今までに手術を受けられたことは、ありますか？ ・無 ・有 年月日・どこで・どのような手術

8、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。

お薬名（ ）

9、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

お薬名（ ）

10、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 ・ココナッツ ・やし油
・その他（ ）

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

12、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

13、下記項目に該当される方は、○をお付け下さい。

・HCV ・HBS ・梅毒 ・HIV

14、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 ）