

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	昭和 平成 令和	年	月 日生( 歳)
住所	〒 -				
TEL	携帯	-	自宅	-	-

## 1. 本日はどうなさいましたか？

症状があり来院

発熱のある方は体温を記入してください( °C)

( )

胃カメラや大腸カメラを希望 →お手数ですが内視鏡問診表の記入をお願いします。

その他 ( )

## 2. 現在治療中の病気を教えてください

(通院中の病院・医院名 )

特になし

糖尿病

高血圧

高脂血症

心疾患

脳血管障害

肝疾患

腎疾患

呼吸器疾患

癌 ( 癌)

その他 ( )

## 3. 過去に入院や手術を受けたことはありますか？

いいえ

はい ( )

## 4. 飲んでいる薬を教えてください

(お薬手帳を出して頂ければ記入する必要はありません)

( )

## 5. アレルギーはありますか？

なし

あり ( )

## 6. 女性の方にお聞きします

妊娠していますか？

いいえ

わからない

はい

授乳中ですか？

いいえ

はい

## 7. その他何かありましたらご記入ください

( )