

# 問 診 票

お名前	フリガナ	男・女
生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日 (才)	
住所 〒	府・県 市	
Tel	身長 cm 体重 kg 体温 °C	
携帯	(外出時等連絡がとれますようにご記入お願いします)	

- I) 今日はどうされましたか？ (いつからどのような症状があるか教えてください)
- \_\_\_\_\_
- II) 今までかかったことのあるご病気があれば教えてください
- \_\_\_\_\_
- III) 今、服用しているお薬があれば教えてください (お薬の用紙があればご持参ください)
- \_\_\_\_\_
- IV) 本日は食事をされていますか？  
 はい (何時頃： \_\_\_\_\_ 内容： \_\_\_\_\_)  いいえ
- V) お薬や食べ物のアレルギーはありますか？  
 はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ
- VI) ご家族の中で、高血圧・糖尿病・がん・脳こうそく・心筋こうそくなどの方はいらっしゃいますか？  
 はい (誰が： \_\_\_\_\_ 病名： \_\_\_\_\_)  いいえ
- VII) アルコールは飲まれますか？  はい  いいえ  
「はい」の場合：何を飲まれますか？ \_\_\_\_\_ 本/日× \_\_\_\_\_ 年間
- VIII) タバコを吸われますか？  はい  いいえ  
「はい」の場合：1日何本吸われますか？ \_\_\_\_\_ 本/日× \_\_\_\_\_ 年間
- IX) 女性の方のみお尋ねします。  
妊娠されていますか？  はい  いいえ  可能性あり
- X) 当クリニックを何でお知りになりましたか？  
 インターネット・HP  ご家族・ご友人  
 駅広告 (駅名： \_\_\_\_\_ 駅)  ご近所  
 学園前駅到着バス車内放送  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

ありがとうございました。

ご記入されました個人情報に関しましては、当クリニックでの診療以外には使用いたしません。

消化器内視鏡内科 医療法人 つじもとクリニック

TEL0742(51)7000 FAX0742(51)6700