

問診票

記入日：令和 年 月 日

フリガナ

氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 〒 _____

連絡先（携帯） _____ （自宅） _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 _____ 型 (Rh + ・ -)

◆本日の受診理由にあてはまるものにチェック、○をつけて下さい。

他の医療機関からの紹介状あり (紹介者 _____)

健診で要精密検査と言われた

希望する検査・定期検査 エコー ・ 胃カメラ ・ 大腸カメラ ・ 血液検査

・ 現在症状がある はい ・ いいえ

・ 本日食事をしましたか？ はい ・ いいえ

◆症状がある方は、いつから、どんな症状なのかご記入下さい。

◆排便状態についてご記入下さい。

排便 (良好 ・ 便秘 ・ 下痢)

回数 (_____ 日に _____ 回) または (週に _____ 回)

◆嗜好についてご記入下さい。

喫煙 吸わない ・ 吸う (1日 _____ 本 _____ 歳 ~ _____ 歳まで ・ 現在まで)

アルコール 飲まない ・ 機会があれば ・ 飲む (種類: _____ 1日 _____ ml)

※裏面もご記入下さい

TANAKA CLINIC

◆既往歴・現病歴 該当する病名に○をつけて下さい。その他のご病気は、その他の欄に記入して下さい。

- (緑内障 ・ 眼圧が高い) (前立腺肥大 ・ 頻尿)
(狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 高血圧 ・ ペースメーカー ・ 動脈硬化 ・ 脂質異常)
(脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 一過性脳虚血発作) (糖尿病)
(喘息 ・ 花粉症 ・ 蕁麻疹) (パーキンソン病 ・ 認知症)
(甲状腺機能亢進症 ・ 甲状腺機能低下症) (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 結核)
(透析 (シャント : 右・左 自尿 : 有・無))
(食道がん ・ 胃がん ・ 大腸がん ・ 肝がん ・ 膵がん ・ 肺がん ・ 腎臓がん)
(膀胱がん ・ 前立腺がん ・ 乳がん ・ 子宮頸がん ・ 子宮体がん ・ 卵巣がん)

その他 _____

◆薬アレルギー あり なし ありの方は以下にご記入下さい。

薬品名 _____	症状 _____
_____	_____
_____	_____

◆手術歴 あり なし ありの方は以下にご記入下さい。

手術名 _____	(年 月)	病院名 _____
_____	(年 月)	_____
_____	(年 月)	_____
_____	(年 月)	_____
_____	(年 月)	_____

◆内服薬 あり なし

ありの場合、お薬手帳やお薬をお持ちの方は受付にお出し下さい。

薬剤情報をお持ちでない場合、薬名がお分かりでしたら以下にご記入下さい。

◆月経がある女性にご記入下さい。

最終月経日 月 日 ~ 月 日

妊娠中 (ヶ月 週) ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中