

初診の方の問診票

御氏名 _____

男 ・ 女

1. 本日は、どのような目的あるいは症状で来院されましたか？□にチェックを入れてお答えください。

他院より紹介されて受診	病院・医院
健診で精密検査が必要と指摘	<input type="checkbox"/> 便潜血+ <input type="checkbox"/> バリウム検査異常 <input type="checkbox"/> ピロリ菌 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> その他 ()
胃の症状	<input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> むねやけ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> おうと <input type="checkbox"/> 定期の胃カメラ検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
腸の症状	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 定期の大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
風邪の症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 寒気 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> たん
その他の症状	<input type="checkbox"/> 眠りにくい <input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 息切れ <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 背中痛み <input type="checkbox"/> 腰痛 その他 ()

2. 上記のお困りの症状は、いつごろから出ていますか？

_____ 頃より出現。

3. いままでにかかった御病気があれば教えてください。

_____ 才頃に _____ にかかった。

4. 現在、治療中の病気があれば、かかりつけ医・病名を教えてください。

_____ で _____ (病院・医院)にかかり _____ 服用中です。

5. お薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがあれば教えてください。

なし

あり _____ で _____ の症状が出たことがある。

6. 女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性： あり なし 授乳中： はい いいえ