

問診票

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
お名前		性別		(歳)	
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			

◎マンモグラフィ、胃内視鏡検査、大腸内視鏡検査、乳腺・甲状腺超音波検査は完全予約制です。

 T= _____ °C
 スタッフ▶ 記入欄です BP= _____ / _____

下記の該当する項目に☑チェックを付けてお答えください。

今日はどうされましたか？

- 熱がある 咳が出る 鼻水が出る たんが出る 喉が痛い 関節痛 寒気 頭が痛い
 めまいがする だるい 食欲がない 膀胱炎症状

【腹部症状】 腹痛 吐き気 嘔吐 下痢 便秘 便が黒っぽい 胃の調子が悪い

【胸部症状】 胸が苦しい 圧迫感 動悸 息苦しい 冷や汗が出る

【肛門疾患】 出血 痛み 腫れぼったさ 膿が出る

【皮膚疾患】 湿疹 かゆみ 痛み (症状のある部位: _____)

マンモグラフィ(予約制) 乳腺・甲状腺の検査(予約制) 胃内視鏡検査(予約制) 大腸内視鏡検査(予約制)
 腹部超音波検査 検診の再検査(予約制) 禁煙外来 健康診断(予約制)

※上記に当てはまらない場合はこちらへご記入ください。

ご飯は食べてきましたか？ はい (_____ 時頃) いいえ

いつからの症状ですか？

いままでにかかった病気はありますか？

- はい いいえ
 ※「はい」とお答えの方
 糖尿病 高血圧症 前立腺肥大症 心臓疾患(不整脈も含む) 肝臓 脳疾患
 緑内障 その他(_____)

現在、飲んでいるお薬はありますか？

- はい いいえ
 ※「はい」とお答えの方 ◎お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。
 薬品名(_____)

手術をされたことはありますか？

- はい いいえ
 ※「はい」とお答えの方
 いつ頃(_____) 部位(_____)

お薬や食品で皮膚にじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことはありますか？

- はい いいえ
 ※「はい」とお答えの方
 薬品名(_____)
 食品名(_____)

女性の方へ 妊娠中 (_____ カ月) 妊娠の可能性がある 授乳中