

# 綾瀬消化器内科クリニック問診票

年 月 日

フリガナ	住所 〒		
氏名			
	男・女		
生年月日	明・大・昭・平		
	年 月 日 ( 歳)		
	電話番号	自宅	
		携帯	

※処方内容など緊急連絡の可能性あります。上記に変更のある際はご連絡ください

<b>◆来院理由</b>	
・検査希望 < 胃カメラ・大腸カメラ・エコー・その他 _____ > ・自費診療	
・検診で異常指摘された(内容: _____)	
・体調不良 いつからどのような症状がありますか? ↓記入して下さい	
体温 _____ °C	身長: _____ cm / 体重: _____ Kg

<b>既往歴</b>	高血圧 / 糖尿病 / 脳梗塞 / 脳出血 / 高脂血症 / ぜんそく / 胃・十二指腸潰瘍 / 甲状腺疾患				
ない・ある→	前立腺肥大 / 心筋梗塞・狭心症 / 白内障 / 緑内障 / その他 ( _____ )				
<b>手術歴</b>	病名(部位など): _____				
ない・ある→	いつ(年齢など): _____				
他院 通院	ない ある→	通院先名	服用薬	ない ある→	( _____ )
アレルギー	ない ある→	( _____ )	薬の 副作用	ない ある→	( _____ )
たばこ	ない ある→	1日( _____ )本・( _____ )年間	飲酒	ない ある→	1日( _____ )ml・週( _____ )回・( _____ )年間
女性の方	妊娠の可能性 ( ある・ない ) ・妊娠中 ( _____ ) 週 ・ 授乳中				

※当クリニックでは個人情報保護方針に基づき適切に管理しております

★当院をどこで知りましたか? 1.他院より紹介 2.知人・家族の紹介 3.ホームページ 4.看板 5.その他( \_\_\_\_\_ )