問診票

　フリガナ

お名前： 　　　　　　　　　　　　　　（ 男 ・ 女 ）年齢：　　　歳

生年月日：大正・昭和・平成 　　年 　月 　　日

住所：〒

電話番号 （自宅）　　　　　　　　 　　　　　　　　身長　　 　cm　 体重　 　　kg

（携帯電話）

1. 現在、お困りの症状はなんですか?

（いつ頃から、どんな症状ですか?）

②　ご家族で病気（遺伝性・今回の症状に関連のありそうな）の方はいますか?

③　今までにかかった（かかっている）病気や手術を教えて下さい。

④　現在、他院で処方されている薬はありますか?

⑤　過去に内視鏡検査をやったことがありますか？　 □ なし ・ □ あり

　　　ありの方　→　いつ頃やりましたか？　　・胃カメラ ：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　・大腸検査 ：

⑥　お酒は飲みますか？

□ 飲まない

□ 飲む （ ビール　　 ㎖・日本酒　　 合・焼酎　　 杯・ウィスキー　　 杯 ）を

　　　　　 （ 毎日 ・ 月に数回 ）　　　　年間、飲んでいる。

タバコは吸いますか？

* 吸わない 　□ 吸う （ 　　歳から　　歳まで、1日平均　　本）を

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 吸っている ・ 吸っていた ）

薬に対するアレルギーはありますか?　□ なし ・ □ あり（　　　　　　　　　）

⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯⋯

女性の方にお聞きします。

　最終月経はいつですか？　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

　妊娠の可能性はありますか？　　　□ なし ・ □ あり