

# しもむら内視鏡クリニック

## 問診票

/ P.

ID

フリガナ

T・S・H

お名前

男・女 ( 年 月 日生 歳)

ご住所 〒

お電話:(携帯)

(自宅)

体温:

℃

身長:

cm

体重:

kg

1. 本日はどのような症状で来院されましたか?あてはまるもの全てに☑をつけてください。

腹痛(食道や胃のあたりも含む)

右の絵に痛む部位を○で囲んでください。

吐き気

吐いた( )回

体重減少

吐物に血液が混入した (赤 黒 茶色)

便秘

下痢1日( )回

食欲不振

便の色に変化がある (赤 黒 白っぽい)

風邪症状

咳が出る

熱がある

頭痛

のどが痛い

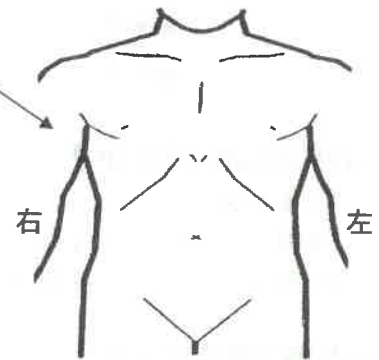
痰が出る

健診で指摘を受けた ( )

他院からの紹介( )

知人からの紹介( )

その他( )



2. 上記の症状はいつからですか? ( 月 日 )

3.最終食事はいつですか?( 日 午前 午後 時頃)

4. 現在の治療中の病気はありますか?

なし

ある

糖尿病  心臓病  呼吸器疾患  腎臓病

免疫抑制剤治療  抗がん剤治療  その他( )

5. 現在、飲まれているお薬はありますか?

なし なしの方は6番(裏面)へ

ある

・お薬手帳はお持ちですか?  持っている  持っていない

・お薬手帳がない方で、今処方されているお薬があれば記入して下さい。

[ ]

裏面へ

6. 今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか？

- なし
- ある…いつ頃・どんな病気ですか？ ( )

7. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

- なし
- ある ( )

8. ご家族に以下の病気の方がいらっしゃいますか？

- いいえ
  - はい  はいと回答の方…( )の中にどなたかご記入ください。(例) 父・母・兄・姉・弟・妹
- |                                  |                                   |                                    |                                  |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳卒中 ( ) | <input type="checkbox"/> 心臓病 ( )  | <input type="checkbox"/> 高血圧 ( )   | <input type="checkbox"/> 糖尿病 ( ) |
| <input type="checkbox"/> 胃がん ( ) | <input type="checkbox"/> 大腸がん ( ) | <input type="checkbox"/> その他がん ( ) |                                  |

9. タバコは吸いますか？

- 吸わない
- 吸っていた… 1日 ( ) 本 ( ) 歳 ~ ( ) 歳まで
- 吸う 1日 ( ) 本 ( ) 歳 ~

10. お酒は飲みますか？

- 飲まない
- 飲んでいた… いつ頃まで ( ) 何を ( ) どれくらい ( )
- 飲む 毎日、週 ( ) 何を ( ) どれくらい ( )

11. 女性の方へ。現在、妊娠の可能性はありますか？

- なし
- ある
- わからない

12. 授乳していますか？

- いいえ
- はい

※お薬手帳お持ちでしたら受付へお持ち下さい。

こちらの間診票は、診察以外使用致しません。

しもむら内視鏡クリニック

〒815-0033 福岡県福岡市南区大橋1丁目9-14  
Lente FUKUOKA 4F  
TEL 092-554-5855 FAX 092-554-5856