

問診票

- 本日はどのような症状・理由で来院されましたか？ それはいつ頃からですか？

お腹の症状（痛み・下痢・吐き気・その他） お尻の症状
乳腺の症状 検診目的
発熱 咳 喉の痛み・違和感 胸痛
その他（ご自由にご記入ください）

スタッフ記入欄（問診者）

- 検査のご希望がございましたら○をつけてください

胃カメラ・大腸カメラ・大腸CT・腹部超音波・胸部レントゲン・マンモグラフィ・乳房超音波・尿検査
CT検査：頭部・胸部・腹部・骨盤・甲状腺 その他（ ）
採血・骨密度・心電図・心臓超音波・24時間心電図・その他（ ）

- 受診前に知っておいて欲しいことはありませんか？

- 今までにご自身がかかった（現在治療中の）病気があれば○をつけてください

特に大きな病気なし

余白に時期もご記入ください。

喘息・肺気腫・心臓病・高血圧・腎臓病・肝臓病・糖尿病

悪性疾患（がん）：（部位 ）

緑内障・前立腺肥大症・その他（通院されている病院や過去の手術治療など、ご記入ください）

- 現在、内服されているお薬を教えてください（お薬手帳があればご準備ください）

なし・あり（あれば下記にご記入ください）

- アレルギーはお持ちですか？ ○をつけてください

なし・花粉・食べ物（ ）・ヨード（ワカメ）・ミント・その他(下記にご記入ください)

- いままでお薬をのんで調子が悪くなったことはありますか？名前や症状を教えてください

なし・あり（下記にご記入ください）

- タバコは吸われますか？ ○をつけてください

() 喫煙習慣がある（1日あたり 本／ 年間）

() 以前喫煙していた（ 歳まで喫煙）

() 喫煙しない

- アルコールは飲まれますか？ ○をつけてください

() 毎日飲酒（ビール 缶 本／日本酒／ 合／焼酎

杯／その他)

() 機会があれば飲む

() アルコールは飲まない

年 月 日



患者氏名