初診時問診表

フリガナ
氏名　　性別　男 ・ 女　　年齢　　才

郵便番号〒(　　－　　)
住所　　電話番号(自宅):
携帯電話　　:

今までに病気をしたことがありますか？　　はい / いいえ
上記質問で‘はい’と答えた方・・・それはどのような病気ですか？

[　　]

以下の病気はお持ちですか？

A 緑内障(眼圧が高い)	はい	/ いいえ	B 不整脈もしくは心臓病	はい	/ いいえ
C 前立腺肥大(男性)	はい	/ いいえ	D 高血圧	はい	/ いいえ
E 糖尿病	はい	/ いいえ	F 気管支喘息	はい	/ いいえ

薬のアレルギーはありますか？　　はい / いいえ
アレルギーのあるかたはその薬品名をお書きください

[　　]

麻酔の注射で気分が悪くなったり副作用を生じたことはありますか？　　はい / いいえ

抗凝固剤(ワーファリン)や抗血小板剤(小児用バファリン、バイアスピリン
などの血液を固まりにくくさせる薬を内服していますか？　　はい / いいえ
現在内服中のくすりの名前を教えてください

[　　]

※その他にも現在内服中の薬がありましたら診察室で医師に提示してください

血縁者・家族で癌の方はいますか？　　はい / いいえ
上記質問で‘はい’と答えた方へ・・・分かる範囲でご自身との関係、癌の部位などお書きください

[　　]

本日の相談内容をお書きください
いつ頃から [　　]

どのような症状 (できるだけ具体的に)

[　　]

消化器症状の方への質問です。状況によっては内視鏡検査を希望されますか？ はい / いいえ

当院のことを何でお知りになりましたか？(〇印をつけてください)

1 電話帳　　2 インターネット　　3 電柱・駅の看板広告
4 知人・家族の紹介・・・差し支えなければ紹介者の方のお名前:
5 以前当院に受診したことがある　6 その他 (　　)
7 新聞記事を見て