

初診問診票（ダウンロード版）

ご記入日（ 年 月 日）

ふりがな 氏名	男 女	職業
生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦 年 月 日（ 才）		
〒 住所		
電話番号（自宅）		（携帯）
メールアドレス		@
身長	cm	体重 kg
通院中の病院・クリニック <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		

1. いつごろから症状がありますか？

- 今日（来院日） 昨日 2～3日前 1週間前 2～3週間前  
1ヶ月前 それ以前（ ）

2-1. どのような症状ですか？（複数回答可）

- 発熱（最高 ℃） のどが痛い 鼻水 せき たん 胃痛 腹痛  
胸やけ はき気・おうと 便秘 下痢 便が黒い 血便 便潜血陽性  
その他（検査の異常なども含む）

2-2. その他の症状の場合はご記入ください。

( )

3. 食事はとれていますか？

- 普段の8割以上 半分くらい 水分のみ 水分もとれない

4-1. 検査を希望しますか？

- 胃カメラ 大腸カメラ 腹部エコー

4-2. 胃カメラ、腹部エコー希望の方にお伺いします。朝食（昼食）をとりましたか？

- はい いいえ

5-1. 今までにかかった、または治療中の病気はありますか？

はい いいえ

5-2. その病気をご記入ください。

( )

6-1. 現在、服用中のお薬はありますか？

はい いいえ

6-2. そのお薬名をご記入ください（お薬手帳を持参された方はスタッフにお渡しするだけで結構です）

( )

7-1. お薬や食べ物にアレルギーはありますか？

はい いいえ

7-2. そのお薬名や食べ物をご記入ください。

( )

8. 女性の方にお伺いします。現在、妊娠していますか？

いいえ はい 分からない

9. タバコは吸いますか？

吸わない やめた（ 年前） 吸っている（1日 本× 年間）

10. お酒は飲みますか？

飲まない 付き合い程度 かなり飲む（1週間に ）

11. 当院を受診されたきっかけを教えてください（複数回答可）

（ ）病院／クリニック（ 先生）からのご紹介 紹介状有無

HPを見て 病院なび 近所・通りすがり

家族、友人の紹介（ ） 院長にかかっていた

その他（ ）

12. 事前にお伝えしたい内容がございましたらご記入ください。

( )