

体温： \_\_\_\_\_ ℃

## 診療申込・問診票

血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

受診日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ			生年月日
お名前	様	男女	令和・平成・昭和・大正 年 月 日生 ( 歳)
現住所	〒 _____ - _____		
電話番号	自宅 ( _____ )	-	携帯 ( _____ )

当院で診察をするに際し、参考に致しますので以下の質問にお答えください。

◆ 今日、どうなさいましたか？該当するものを○で囲んでください。（受診の目的等）

腹痛 胃痛 胃もたれ つかえ感 食欲不振 胸やけ はきけ 嘔吐（はく）  
下痢 便秘 お腹がはる 体重減少 顔色が黄色いといわれる  
のどが痛い せき たん 呼吸困難 胸痛 息切れ どうき 胸が苦しい  
めまい 耳鳴り ふらつき むくみ 手足のしびれ 発熱 頭痛 腰痛  
検診の再検査（二次検査）  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

※上記の症状は、いつ頃からですか？ ( \_\_\_\_\_ 頃から)

◆ 今までに、大きな病気にかかり入院や手術をされたことがありますか？

いいえ  はい・・・それはどんな病気ですか？（いつ頃、何の手術ですか）

◆ 現在、飲まれているお薬はありますか？ ※『お薬手帳』をお持ちの方はお見せください。

◆ 今までに、薬・注射・食べ物などでアレルギーを起こした事がありますか？

（例：じんましんや気分不良等）

いいえ  はい・・・（それは何の薬・注射・食べ物？どんな症状でしたか？）

◆ 現在の生活について

- ① 食欲 ( ある ・ ない )  
② 睡眠 ( 眠れる ・ 眠れない )  
③ 排便 ( 1日1回 ・ 2~3日に1回 ・ 4~7日に1回 )

◆ 今日、食事をとってききましたか？

いいえ  はい・・・今から \_\_\_\_\_ 時間前に食べた

※個人情報に関すること

当院では診療上の目的以外で（院内提示参照）患者様の個人情報を利用することはございません。ご協力ありがとうございました。



森消化器内科外科