

問診票

氏名	(フリガナ)	性別	男・女
生年月日	年 月 日生 (歳)	職業	
連絡先	(住所) 〒 - (電話) / (携帯)		
当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナンバー保険証の利用にご協力をお願いいたします。 ・マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			

受診理由	症状	<input type="checkbox"/> 喉の痛み・違和感 <input type="checkbox"/> 胃痛・胸焼け <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹満感 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 便に血が混じる <input type="checkbox"/> 便が黒い <input type="checkbox"/> その他 () *症状はいつからですか？ () *大体で結構です。
	検査希望	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー
	検査異常	<input type="checkbox"/> 健診などの血液検査・尿検査 <input type="checkbox"/> 便潜血検査 <input type="checkbox"/> ピロリ菌 <input type="checkbox"/> 胃バリウム
	その他	
現在治療中の病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名)	
過去にかかった病気	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名)	
現在、服用中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名) お薬手帳があれば記入の必要はありません。お薬手帳をご提示ください。	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬品名) (食品名)	
ご家族のがんの既往	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる (ご病気・続柄)	
飲酒の習慣	<input type="checkbox"/> 飲まない~週2回以下飲酒 <input type="checkbox"/> 平均で週3回以上飲酒(今は禁酒中も含む)	
喫煙の習慣	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない <input type="checkbox"/> 吸ったことがある：喫煙期間の合計 年・本数1日 本	

▼以下は女性の方のみご回答ください

妊娠の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (可能性ありも含む)
授乳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

当医院受診のきっかけを教えてください。

- 医療機関からの紹介 チラシ 地域情報誌 知人や家族の紹介 インターネット検索
 ホームページ 通りがかり 企業健診として その他 ()

ご協力ありがとうございました。