問　診　表

ID :　　／　初・再

フリガナ					
お名前					
生年月日	T．S．H　．　．	年 齢	歳	性 別	男 ・ 女
ご住所					
電話番号					

1）本日のお身体の調子についてお聞かせください。当てはまる症状に〇印をつけてください。

発熱　咳　頭痛　のどが痛い　吐き気　嘔吐　腹痛　胃痛　胃もたれ　腹部膨満感

下痢　便秘　血便　その他（　　）

2）上記の症状はいつ頃からですか？

本日　　昨日　　その他（　　）

3）現在他院で治療中の病気がありますか？

なし

ある　病名（　　）

内服（　　）

※お薬手帳をお持ちの方は、この問診表に添えてください。

5）アレルギー体質といわれたことはありますか？また、ご家族でアレルギー体質の方はおられますか？

なし

ある（　ご本人・　ご家族　）　・　何のアレルギーですか？（　　）

6）希望される検査はありますか？あれば〇印をつけてください。

採血　採尿　レントゲン　心電図　腹部エコー　頸部エコー

胃内視鏡　大腸内視鏡　骨塩定量　その他（　　）

7）女性の方で妊娠の可能性がある方や　妊娠中　授乳中の方は〇印をつけてください。

妊娠中　　週　　妊娠の可能性がある　　授乳中

8）治療、その他にご要望があればご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

問診表は治療にあたり活用させていただきます。他の目的での使用は致しません。

なんば胃腸科内科