

ID :

内科・消化器内科問診票 (きのしたクリニック)

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・	生年月日	
氏名		女	大・昭・平・令 年 月 日	
住所	〒			
電話番号				
職業		身長	cm	体重 kg
当院をどちらでお知りになりましたか？				
<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 建物・看板 <input type="checkbox"/> 知人の紹介・情報 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他				
本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックしてください。				
<input type="checkbox"/> 胃腸の悩み (<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胃の痛み <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> 胃が重い <input type="checkbox"/> お腹がはる <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便に血が混じる <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 痛み (おなか以外) (<input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> のど <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> その他 ()) <input type="checkbox"/> 皮膚・顔などが黄色い <input type="checkbox"/> 尿に血が混じる <input type="checkbox"/> 尿が近い <input type="checkbox"/> 排尿時の痛み <input type="checkbox"/> むくみ <input type="checkbox"/> めまい・ふらつき <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 皮膚のかゆみ <input type="checkbox"/> 血圧が気になる <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 痔の症状 (痛み・出血) <input type="checkbox"/> 胃カメラ希望 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡希望 <input type="checkbox"/> 腹部エコー希望 <input type="checkbox"/> その他検査希望 () <input type="checkbox"/> 健康診断希望 <input type="checkbox"/> 検診で要精密検査の指示を受けた <input type="checkbox"/> その他 ()				
症状はいつ頃からありますか ()				
特に調べてほしいこと・検査・治療がありましたらご記入ください				
過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
現在、治療中の病気はありますか？				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
<input type="checkbox"/> 現在、飲んでいる薬 (市販薬・サプリメントを含む) はありますか？				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
喫煙・飲酒について教えてください				
喫煙： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年) <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前から)				
飲酒： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 回) (種類・量)				
お薬・食べ物のアレルギーはありますか？				
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
※女性の方へ：現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？				
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中)				
ご家族の方が今までかかった病気について教えてください				
<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> その他				
かかれた病気 ()				