

問診票

年 月 日

ふりがな			性別
氏名			男 ・ 女
生年月日	西暦	年 月 日	(歳)
住所	〒 -		
TEL	携帯: - -	自宅: - -	

◆今日はどのようなことでいらっしゃいましたか

・健診異常 ・胃痛 ・便秘障害 ・持病相談 ・人間ドック ・その他

出来るだけ詳しく症状について教えてください

◆お受けになりたい検査はございますか

・血液検査 ・レントゲン検査 ・超音波エコー検査 ・内視鏡検査 ・医師に任せる

・その他

◆今まで胃カメラの検査を受けたことはありますか

いいえ

はい 年前 ピロリ菌 あり ・ なし 除菌済み

◆今まで大腸カメラの検査を受けたことはありますか

いいえ

はい 年前 ポリープ切除 あり ・ なし

◆今までに腹部エコー(超音波)検査を受けたことがありますか

いいえ

はい 年前 異常なし ・ あり()

◆ お酒は飲みますか

いいえ

はい ・月に1度程度 ・月数回程度 ・週 回

・1日に(種類) を ml程度

◆たばこは吸いますか

吸わない

吸う (歳から1日 本) ・ 吸っていた(歳～ 歳ごろ)

◆現在治療中の病気はありますか

いいえ

はい 病名:

◆現在服用しているお薬はありますか

いいえ

はい お薬名:

*お薬手帳持参(受付にお出してください)

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか

いいえ

はい

◆今までに入院・手術をされたことがありますか

いいえ

はい 手術名:

◆血縁者(祖父母・両親・兄弟など)のご病気でご知っているものがあれば教えてください

◆お仕事の種類を教えてください

・無職 ・幼児(幼稚園・保育園) ・学生(小学生・中学生・高校・大学・専門)
 ・医療・介護従事者 ・オフィス勤務 ・接客・営業など ・屋外業務
 ・その他

◆女性の方だけお答えください

・妊娠されていますか ・授乳中ですか
 いいえ ・ はい (週目) ・ わからない



立川高島屋S.C.大腸胃食道の
内視鏡・消化器内科クリニック