

外来問診票

記入日 年 月 日

患者様氏名 【 】

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

住所 TEL

① 現在の症状は 【 】

② 今までお飲みになった薬で何か異常(アレルギー反応など)が起こったことがありますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

その名前がお分かりでしたらご記入ください。

【 】

③ 今までに下記の病気にかかったことがありますか？

胃疾患・糖尿病・高血圧・喘息・アレルギー疾患・緑内障

前立腺肥大・腎臓病・結核・肝臓病・脳梗塞・心臓病

④ 上記以外の病気や手術を受けたことがありますか？

(はい ・ いいえ ・ わからない)

「はい」と答えた方は病名がお分かりでしたらお教えてください。

【 】

⑤ 家族に(主に血縁者)で上記③、④でおうかがいしたような病気にかかった方がおられますか？ (はい ・ いいえ ・ わからない)

「はい」と答えた方は病名がお分かりでしたらお教えてください。

【 】

⑥ 女性におうかがいします。今、妊娠中ですか？

(はい ・ いいえ ・ わからない)

⑦ 下記のうちご希望の検査がありましたら、○で囲んでください。

血液検査・心電図・呼吸機能検査・聴力検査・超音波検査(エコー)

動脈硬化症検査・レントゲン検査(胃 ・ 腸)ファイバースコープ(胃 ・ 腸)