

一般疾患問診票

平成 年 月 日

フリガナ -----		才	男・女	配偶者 ( 有 ・ 無 )
氏名	様			職業
生年月日 明治・大正 昭和・平成 年 月 日				
現住所 〒			TEL.  携帯電話	
緊急連絡先 ( ) 携帯電話へ (自宅以外) それ以外のところへ ( ) 連絡先名:				
今日はどのような症状で来院されましたか？ いつから始まりましたか？				
現在治療中の他の病気はありますか？ 1. ない 2. ある (病名 )		治療内容 1. 使っている薬 a.なし b.ある ( ) 2. その他 ( )		
今までにかかった病気はありますか		1. ない 2. ある		
1.心臓病 2.高血圧 3.糖尿病 4.ぜんそく 5.肝臓病 6.腎泌尿器 7.胃腸病 8.婦人科 9.神経科 10.脳疾患 11.結核 12.貧血 13. その他 病名( )				
そのため入院や手術を受けたことがありますか？ (ある場合は、昭和・平成 年ごろ以下の治療を受けた。)		1. ない 2. ある		

裏面を御記入下さい

禁止されているまたは副作用の出たことのある薬・薬品などありましたら分かる範囲でお書き下さい。(薬の名前・種類とどの様な症状でしたか) ( )	
血液が止まりにくいなど言われたことがありますか？ また血流をよくする薬を服用していますか？ 1. ない 2. ある ( )	
輸血を受けたことがありますか？ 1. ない 2. ある ( )	
今まで麻酔(歯科含む)を受けたことがありますか？ 1. ない 2. ある その時に何も異常はありませんでしたか？ 1. ない 2. ある ( )	
女性にお尋ねします。 現在妊娠中もしくはその疑いがありますか 1. ない 2. ある(予定日 ) 授乳中ですか？ 1. ない 2. ある 生理はいかがですか？ 1. 順調 2. 不順 3. 閉経( 才)	
その他に何かありましたらご自由にお書き下さい。	

今井内科  
大腸肛門クリニック