

一般疾患問診票

令和 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