

# 問 診 表(新患)

ふりがな 氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 T・S・H・R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれ( \_\_\_\_\_ 歳)

郵便番号 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg(15歳未満の方のみ記入) 飲み薬希望形状 粉・錠剤

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ 解熱剤希望 あり・なし

## 胃腸内科・外科・肛門外科 ※内科・外科受診希望の方のみお答えください

いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ ) 発熱( \_\_\_\_\_ °C)  
●本日はどうされましたか？(あてはまるものに全て○をつけて下さい)  
嘔吐・吐き気・食欲不振・胸やけ・胃痛・胃もたれ・腹痛・下痢・便秘・血便・おしりの症状  
内視鏡希望(胃・大腸)・その他( \_\_\_\_\_ )

## 耳鼻咽喉科・アレルギー科 ※耳鼻科受診希望の方のみお答えください。めまい・アレルギー検査希望の方は別途問診票があります。

いつからですか？ ( \_\_\_\_\_ ) 発熱( \_\_\_\_\_ °C)  
●本日はどうされましたか？(あてはまるものに全て○をつけて下さい)  
難聴(右・左)・耳鳴(右・左)・耳痛(右・左)・耳だれ(右・左)・耳のかゆみ(右・左)・耳あか・めまい  
鼻水(黄・緑・白・透明)・鼻づまり・顔面痛・くしゃみ・鼻出血・においがわからない・鼻水がのどにおりる  
のどの痛み・のどの違和感・声がれ・声が出しづらい・咳・痰・口内炎・味がわからない・いびき  
アレルギー検査希望 あり□ なし□ その他( \_\_\_\_\_ )

●本日の症状に対して、どこかで相談されたり、お薬を飲まれたりしましたか？  
いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )

●現在、内服中の薬はありますか？ お薬手帳・薬の用紙あり□ ※お薬手帳があれば記載不要です  
いいえ・はい( \_\_\_\_\_ )

●今までに入院や手術をするような大きな病気にかかったことや、現在治療中のご病気はありますか？  
いいえ・はい その他( \_\_\_\_\_ )  
高血圧・糖尿病・脳梗塞・狭心症・心臓病ペースメーカー埋め込み・前立腺肥大症・緑内障・胃潰瘍・肝炎

●薬や食品のアレルギーはありますか？ いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ )

●女性の方のみ 妊娠中ですか？いいえ・はい ( 現在妊娠第 \_\_\_\_\_ 週 )  
授乳中ですか？いいえ・はい ( R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日出産 )

●その他、お伝えしたいこと、相談したいことがあればご記入ください  
( \_\_\_\_\_ )

●ご来院のきっかけを教えてください  
御紹介( \_\_\_\_\_ 様)・近所・通り道・ホームページ・インスタ・看板・その他( \_\_\_\_\_ )