

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前	様	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 -	TEL	
		緊急時連絡先 (携帯番号)	

※ 緊急性を要する検査結果の場合は、直接ご連絡を差し上げる場合がございます

■ いつからどのような症状がありますか？ 具体的にご記入ください

■ 希望の検査はございますか？

胃カメラ 大腸カメラ 腹部エコー CT 血液検査 その他 []

■ 本日は朝食を食べてきましたか？

食べてきた 食べてきていない

■ 他の病院での治療・内服薬はありますか？

いいえ はい

病名 { }
内服薬 { }

■ 手術歴・治療歴はありますか？

いいえ はい ※具体的にお願ひします

{ }

■ 薬、食べ物のアレルギーなどで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい ※具体的にお願ひします

{ }

■ タバコ、お酒など嗜好品についてお尋ねします

● 喫煙されますか？

いいえ はい [本/日]

● お酒を飲みますか？

いいえ 時々 はい

● お酒を飲むと、顔などが赤くなりますか？

いいえ はい

■ 女性の方のみお尋ねします。現在、妊娠または授乳中ですか？

いいえ はい

■ 各種、医療証等お持ちですか？

はい → 障害者医療証 ひとり親家庭等医療証 子ども医療証 その他()
 いいえ 乳幼児医療証 特定疾患医療受給者証 水俣病被害者手帳

■ 当院をお知りになったきっかけは？

知人に聞いて[知人の方のお名前をご記載ください:] 様)

インターネットを見て 近いから 情報誌(wing)を見て
 家族に聞いて 看板を見て[] 過去に来院したことがある
 他院よりの紹介[] その他[]

■ 当院を選んでいただいた理由は？

医師・看護師の評判が良いから(専門医等) 最新医療機器があるから(内視鏡カメラ・CT)
 眠っている間に内視鏡検査ができるから 個室があるから(大腸待合室)
 土曜日午後も診療しているから 18時まで診療しているから
 過去に来院したことがある 場所・通院のしやすさ その他[]

■ 当院のホームページをご覧になられたことはありますか？

はい いいえ