問 診 票

令和　　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（　　才）
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

いつからどよのうな症状がありますか？		
希望の検査はございますか？（症状がない際は自由診療になります）	□はい □いいえ □相談したい	□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？	□はい □いいえ	病名（　　） 内服薬（　　）
手術歴・治療歴はありますか？	□はい □いいえ	＊具体的にお願いします（　　）
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？	□はい □いいえ	＊具体的にお願いします（　　）
＊女性の方へ 現在、妊娠または授乳中ですか？	□はい　□いいえ ⇨	最終月経はいつですか？〔　　年　　月　　日頃〕
喫煙されますか？	□はい〔　　本/日〕　□いいえ	
飲酒されますか？	□はい　□時々　□いいえ	＊「お酒を飲まれる」方、お酒を飲むと顔などが赤くなりますか？ ⇨ □はい　□いいえ
各種医療証をお持ちですか？	□はい □いいえ	□障害者医療証　□ひとり親家庭等医療証　□子ども医療証 □乳幼児医療証　□特定疾患医療受給者証　□水俣病被害者手帳 □その他〔　　〕
当院をお知りになったきっかけは？	□知人に聞いて〔お名前　　様〕　□看板を見て〔　　〕 □インターネットを見て　□近いから　□過去に来院した事がある　□家族に聞いて □他院より紹介〔　　〕□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）　□最新の医療機器があるから（内視鏡・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 □過去に来院した事がある　□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事はありますか？	□はい　□いいえ	

青見胃腸･内視鏡内科クリニック