

ID

ひぐち内科・消化器

初診問診票

受診日

年 月 日

お名前前	ふりがな	性別	年齢	生年月日	
		男・女	歳	大正 昭和 年 月 日 平成	
ご住所	〒	電話（自宅）			
		電話（携帯）			
		ご職業			
身長	cm	体重	kg	体温 °C	血圧
					/

1. 本日はどのような症状で来院されましたか。

いつごろから（)

どのような症状がありますか

（)

血液検査 胃内視鏡検査 大腸内視鏡検査 を希望します(希望の場合○をつけて下さい)。

2. 現在治療中、または罹ったことのある病気はありますか。高血圧 高脂血症 糖尿病 高尿酸血症 心疾患 腎臓病 肝臓病 悪性疾患(がん) 部位 _____気管支喘息 逆流性食道炎 胃・腸の病気 脳梗塞 脳出血 緑内障 前立腺肥大その他（)3. いつも飲んでいるお薬を教えてください。なし あり（)4. 薬、消毒薬、食べ物アレルギーはありますか。なし あり（)5. 女性の方のみお答えください。妊娠の可能性： なし あり 授乳中： なし あり6. 喫煙についてしていない 以前していた 今もしている。 一日（ ）本を（ ）年7. 飲酒についてしていない 以前飲んでいて 今も飲んでいる
種類（ ）を一日量（ ml）週（ ）日8. 何を見て当院をお知りになりましたか。インターネット（PC携帯）サイト名（ ） ご家族、知人の紹介看板 他医療機関の紹介 当院の前を通過 その他（)