

## 問診票

フリガナ ..... 名前	男 ・ 女	T S H R	生年月日  年 月 日 ( 歳)
現住所 〒 _____		TEL ( ) _____ 携帯 ( ) _____ メールアドレス 緊急時連絡先 ( ) _____	
勤務先 (学校)		職業	
ご来院のきっかけ	紹介 ( ) インターネット 近所だった 広告 その他 ( )		
1年以内の海外渡航歴	ある どこへ ( ) いつ ( 年 月頃)		ない
今日はどう されましたか？	胃 大腸 検診 かぜ症状 その他 ( )		
	症状 [ ] いつから [ ]		
今までに手術を 受けた事が ありますか？	ある 病名/手術名 [ ] 病名/手術名 [ ]		ない
今までにかかった病 気、外傷は あり ますか？	ある [ ]		ない
今飲んでいる薬はあ りますか？	ある 薬名 [ ]		ない
アレルギーは ありますか？	ある [ ]		ない
血のつながった方 に次の病気が ありますか？	癌、脳出血、脳梗塞、心筋梗塞、狭心症、糖尿病、高血圧、肝炎 高脂血症、腎臓病、結核、その他 [ ]		
当てはまる ところを選んでく ださい	便	たばこ	酒
	<input type="checkbox"/> 快便 (ふつう) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <div style="text-align: right;">日/回</div>	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめた <input type="checkbox"/> 吸う <div style="text-align: right;">本/日</div>	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む <div style="text-align: right;">/日</div>

※女性の方に伺います

妊娠歴	なし	あり ( 子供 人)
-----	----	------------