

診察申込書

20 年 月 日

No.

診療種目	○で囲んでください			肛門科	胃腸科	内科
フリガナ						男 ・ 女
氏名						
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平	年	月	日生	才	
住所	〒 —					
電話	自宅 ()			携帯 ()		
勤務先	TEL ()					

※お願い 来院の動機について次の中より選び○印をつけてお教えてください

ホームページ(クリニック・ひまわり・その他< >)/ 医師からの紹介 / 雑誌

電話帳 / 知人からの紹介 / 当院患者の家族 / 看板 / その他()



草間かほる
クリニック
KUSAMA Kahoru Clinic
03-5730-1926

問 診 票

20 年 月 日

No.

フリガナ 氏名	様	男・女	大・昭・平 年 月 日生	才
------------	---	-----	-----------------	---

- ①受診の前に 身長 _____ cm 体重 _____ kg
- ②既往歴 これまであるいは現在以下の病気にかかっている方は○印をつけてください。
 心疾患 ・ 高血圧 ・ 脳神経疾患 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 肝、腎臓疾患
 喘息 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大 ・ その他持病のある方()
- ③現在服用・使用中のお薬はありますか？(抗凝固剤を含む)
 なし・あり (薬剤名)
- ④今まで大きな手術を受けたことがありますか？ (出産・帝王切開などを含む)
 なし・あり (手術名)
- ⑤今まで以下のような感染症と診断されたことがありますか？
 いいえ・はい (B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ 梅毒 ・ HIV(AIDS))
- ⑥アレルギーはありますか？
 なし・あり (食べ物 ・ 薬 ・ 花粉症)
 (具体的に…)
- ⑦今まで麻酔による副作用は何かありましたか？(歯科治療などを含む)
 なし・あり (症状は?)
- ⑧薬を飲んだり、注射・点滴をした後で気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？
 なし・あり (薬剤名)
- ⑨煙草は吸いますか？ また、お酒は飲みますか？
 いいえ・はい
 * “はい”に○をした方はお答えください。
 ・ 煙 草 (1日 本くらい) ・ お 酒 (1日の量)
- ⑩ご家族の中にガンの方はいらっしゃいますか？ 病名とその方との続柄を教えてください。
 いない・いる (病名 ・ 続柄) (病名 ・ 続柄)
- ⑪女性の方にお聞きます。 ※必ずご記入ください。
 * 出産回数 なし・あり (回) * 授乳中 なし・あり (生後 ヶ月)
 * 妊娠中 なし・あり (ヶ月) * 妊娠の可能性ある なし・あり
- ⑫本日来院された症状は何ですか？ (かぜ・胃・大腸・肛門の症状など)