

問 診 票

フリガナ

お名前

様 生年月日 T・S・H 年 月 日 () 歳 男・女

〒(-) ご住所

☎ご自宅 (- -) 携帯 (- -)

身長 cm

体重 kg

体温 °C

血圧 /

脈拍 /min

～ 便の回数 ～

・ 1日に () 回

・ または () 日に 1回

① 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

1. 紹介

 (Dr.) ご家族 ご友人 () 様)

2. インターネット

(I) 予約のない方

 Google Yahoo!

予約のある方

 Google (当院ホームページ 病院ナビ その他) Yahoo! (当院ホームページ 病院ナビ その他)

(II) キーワードを教えてください ()

3. その他

 看板 (当院・阪急川西能勢口・阪急能勢電・阪急池田・JR川西池田) バスのアナウンス 上記以外 ()

② 症状 いつ頃からですか？ (月 日 時ごろから)

胸部 胸の痛み・圧迫感 動悸 息切れ むくみ 冷や汗頭部 ふらつき めまい 頭痛 手足のしびれ呼吸 発熱 咳 鼻水 痰 呼吸が苦しい腹部 吐き気・嘔吐 下痢 食欲不振 胃がもたれる 胃が痛い

上記以外の症状

③ 目的 上部内視鏡(食道・胃) 腹部IJ- ABI 骨密度 生活習慣病の検査 下部内視鏡(大腸) 頸部IJ- 心臓IJ- 下肢IJ-④ 通院中の病気や今までに治療を受けた病気はありますか？ ない 高血圧 心臓病 脳梗塞 糖尿病 肝臓病 腎臓病 高脂血症 胃・十二指腸潰瘍 貧血 喘息 結核 精神疾患 その他 ()⑤ 今までに手術を受けた事はありますか？ ある ⇒ () ない⑥ たばこを吸われますか？ いいえ 以前は吸っていた (1日 本) (喫煙年数 年間) (年前から禁煙) 吸っている (1日 本) (喫煙年数 年間)⑦ お酒を飲まれますか？ いいえ はい ⇒ (頻度 : 週に 日) (種類 :) (量 :)⑧ 女性の方・・・妊娠の可能性はありますか？ ある ない⑨ ご家族の方がかかれた病名をご記入ください ない

父 () 母 () 兄弟 ()

⑩ 今までに薬や食品でのアレルギーはありますか？ はい ⇒ () いいえ⑪ 現在飲んでいる薬はありますか？ はい いいえ

お薬名 (⇒ お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします)