



こうもと内科・消化器内視鏡クリニック 初診問診票

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	性別 男 ・ 女
		生年月日 年 月 日
連絡先	〒	TEL
緊急連絡先	お名前： 電話：	続柄：

診察にあたり下記の項目にお答えください。

■今回、受診の理由や、症状・期間を具体的に記入してください。

症状： _____ いつからですか（期間）： _____

受診理由： _____

■上記の症状で他の病院を受診されましたか。 (_____)

■今まで指摘された病気、または入院・手術の経験はありますか。

アレルギー [なし・あり ⇒ _____ (薬・造影剤・花粉症・食事など)]

喘息 [なし・あり ⇒ 最終発作： _____]

糖尿病 [なし・あり ⇒ _____ (歳頃から)、治療内容 _____]

高血圧 [なし・あり ⇒ _____ (歳頃から)、治療内容 _____]

その他の病気

[病名： _____ (_____ 歳頃)、治療内容 _____]

[病名： _____ (_____ 歳頃)、治療内容 _____]

■ 常用薬はありますか。 [なし・あり ⇒ どんなお薬ですか？ お薬手帳をお持ちであれば持参ください]

■ 喫煙について

[喫煙歴なし ・ 現在喫煙中 ・ 過去喫煙 ⇒ _____ 本/日 × _____ 年]

■ 飲酒について

[いいえ ・ はい ⇒ 具体的に (例：日本酒 1 合/週に 2 回)： _____]

■ 女性の方は、現在妊娠の可能性についてお答えください。 [なし ・ あり] [授乳中 ・ 授乳なし]