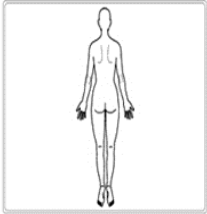
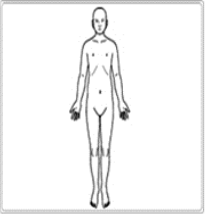


内科・消化器疾患質問表

平成 年 月 日

ふりがな 氏名	殿	才	男 女	職業	配偶者 有 無	出産歴 有・無	お子様 名
現住所 〒 _____				勤務先名称			
				勤務先TEL			
当クリニックをどのようにして知りましたか？ 家族・知人のすすめ 紹介 ホームページ・インターネット 駅広告 電柱看板 通りがかった その他							
生年月日 T S H 年 月 日				TEL		— —	
				携帯		— —	
受診された目的は 何ですか？	1. 症状がある 2. 胃内視鏡検査 3. 超音波(エコー)検査 4. 検診結果で再検査 5. 他の医療機関からの紹介 6. その他						
症状がある方は いつ頃からですか？	1. 一週間以上前から 2. 一週間以内 3. 昨日から 4. 本日急に						
症状を具体的に お書きください	どこが(症状がある箇所に○をつけて下さい) どのように						
		}>全身(背面)		>全身(正面)			
大きな病気をしたことは ありますか？ はい ． いいえ	病名						
		手術をしたことはありますか？		ある ・ ない			
今、治療中の病気は ありますか？ はい ． いいえ	病名						
		服用している薬					
今までに薬や注射で アレルギーが出たことは ありますか？ はい ． いいえ	どのような薬・注射ですか？ いつごろ・どのような症状ですか？						
お酒は飲みますか？ はい ． いいえ	何を		週 日程度		ml/日 ・ 合/日		
タバコは吸いますか？ はい ． いいえ	1日		本		年間		
(女性の方のみ) 妊娠されていますか？ はい ． いいえ	可能性 あり		妊娠		週		
身長 cm	体重 kg						
ご質問や不安な点がございましたら、ご自由にお書きください							

