まつい消化器内科
クリニック

問 診 票

年　月　日

フ リ ガ ナ		性 別	男 ・ 女
お名前			
生年月日	年　月　日	年 齢	歳
住　所	〒		
連絡先	自宅電話　　携帯電話		
身　長	cm	体　重	kg

① 今ある症状に□の中にチェックを入れて下さい。

□腹痛 □胃の痛み □吐き気 □嘔吐 □つかえる感じ □胸やけ □食欲低下 □下痢
□便秘 □お腹が張る □便に血が混じる □胸が苦しい □胸がドキドキする □腰痛
□発熱（　　℃） □せき □のどの痛み □頭痛 □むくみ □めまい □しびれ
□二次健診（健康診断で再検査が必要）
□その他の症状 （　　）

② その症状はいつごろからですか？

（　　）

③ 現在治療している病気や過去に大きな病気にかかったことはありますか？

□いいえ □はい 病名（　　）

④ 現在通院している病院や、今回の症状で受診した病院はありますか？

□いいえ □はい 病院名（　　）

⑤ 現在日常的に飲んでいる薬はありますか？

□なし □あり 薬の名前（　　）

⑥ 今までに薬・注射で具合が悪くなった(アレルギー)ことはありますか？

□なし □あり 薬品名（　　）

⑦ お酒は飲みますか？

□いいえ □はい （　　を　　本・合　　毎日 or ときどき）

⑧ タバコを吸いますか？

□いいえ □はい （ 一日　　本　　歳のときから）

⑨ 女性の方へ　妊娠中もしくは妊娠している可能性はありますか？

□いいえ □はい

⑩ 当院をお知りになったきっかけ

1.当院ホームページ 2 インターネット検索サイト 3.新聞折り込みチラシ 4.知人・友人からの紹介
5.近所・通りがかり 6.その他（　　）