FAX:045-901-2235（横浜内科おなかクリニック）

問　診　票

月　　日　　曜日　　午前・午後　　カルテ No. _____

ふりがな		男・女	職業
お名前			
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日　　歳		
住所	〒　　－		
電話番号	携帯　　（　　） ご自宅　　（　　）　　※当院から連絡する可能性があるため、可能なかぎり両方ご記入ください		

1. 今回は、どういう症状で予約されましたか？
・いつも内服している薬を希望
・どういう症状→　　いつから→
・健康診断（いつ：　　）で、（便潜血陽性・高血圧・高血糖・高コレステロール・肝機能異常・胃検査異常・ピロリ菌・その他：　　）を指摘され精査目的に来院。

身長　　cm　体重　　kg　SpO2　　%
体温　　℃　血圧　　/　　脈拍　　回/分　（診察前に測定してください）

2. 今までかかった病気・治療中の病気・手術歴はありますか？また、それは何歳の時ですか。
□ない　□高血圧（　歳）□糖尿病（　歳）□高脂血症（　歳）
□痛風（　歳）□心臓病（　歳）□喘息（　歳）□腎臓病（　歳）
□肝臓病（　歳）□脳卒中（　歳）□甲状腺（　歳）□緑内障（　歳）
□その他（　　）

3. ご家族で大きな病気（がんなど）にかかったかたはいますか？　□ない
誰（　　）が　病気（　　）誰（　　）が　病気（　　）

4. 現在、飲んでいるお薬はありますか（薬手帳をアップロードいただければ記入の必要はありません）
□薬手帳アップロード　□ある ・ □ない
薬剤名（　　）

5. お薬や食べ物でアレルギーを経験したことがありますか　□ある ・ □ない
薬剤名・食べ物名（　　）

6. おタバコは吸いますか、吸っていたことがありますか？
□吸っている　□以前吸っていたがやめた　□吸わない
お酒は飲みますか？　顔は赤くなりやすいですか？
□顔が赤くなりやすい　□飲まない　□週に3日以上飲む　□機会があるときだけ飲酒

7. 便通について　□毎日あり　□_____日に1回くらい

8. 女性の方　現在、妊娠されていますか □はい ・ □いいえ
現在、授乳されていますか □はい ・ □いいえ　最終月経（　月　日）

9. 上部内視鏡（胃カメラ）をうけたことがありますか？　□はい（いつ頃：　）・ □いいえ
下部内視鏡（大腸カメラ）をうけたことがありますか？ □はい（いつ頃：　）・ □いいえ

10. 薬を処方の場合、受け取りご希望の薬局をご記入ください　―重要ですので漏れなく記入ください―
（緊急でない場合には処方箋を自宅に郵送となります。）
薬局名：　　住所
電話番号：　　FAX: