

# 問 診 票

年 月 日

[ID ] (消化器内科)

ふりがな 氏 名	(男・女)	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	年 齢	歳
住 所	〒 ー 前回の受診からの変更 (有・無)				
電 話	自宅 ( )	本人携帯 ( )	緊急連絡先 ( )	続柄[ ]	
身長:	cm	体重:	kg	体温:	℃ 職業:

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか

いいえ ・ はい(直近1ヶ月以内の処方薬以外は【4】の記入省略可)

【1】本日、来院された理由に○をつけて下さい。どこの具合が悪く来院されましたか

- ① 検診の異常 (異常箇所: ) あるいは検査希望のため
- ② 消化器症状のため  
いつ頃から  
1) 今朝から 2) 昨日から 3) 2~3日前から 4) 1週間くらい前から  
5) 1ヶ月くらい前から 6) その他 ( )  
どこが どのように  
( ) ( )  
何か思い当たる事がありますか  
( )

【2】今回の症状を他院で治療されましたか

いいえ ・ はい (差支えなければ、病院名・治療内容等をご記入下さい)

病院名 ( 医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所 )

どのような検査を受けられましたか ( レントゲン・CT・MRI・造影検査・その他 )

治療方法 ( 注射 ・ 点滴 ・ 内服 ・ リハビリ ・ その他 )

【3】今までにかかった病気や現在治療中の病気がありますか

いいえ ・ はい ( 心臓 ・ 肝臓 ・ 腎臓 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 不整脈 ・ 胃 ・

血液の病気 ・ 腸の病気 ・ 眼の病気 ・ 骨折 ・ その他 )

かかりつけ病院 ( 医院 ・ クリニック ・ 病院 ・ 診療所 )

【4】現在飲んでいる薬はありますか (経口避妊薬・市販薬(サプリメント、ドリンク剤等)を含めて)

ない ・ ある ( )

【5】今までに病気やけがで手術を受けたことがありますか

ない ・ ある ( )

裏面もご記入下さい

【6】今までに薬や注射で発疹が出たり、アレルギー体質だと言われたことがありますか  
ない・ある ( )

【7】輸血を受けたことがありますか  
いいえ・はい 副作用はありましたか ( いいえ・はい )

【8】職場や病院などで定期的な健康診断を受けていますか  
いいえ・はい ( 医院・クリニック・病院・診療所 )

【9】今回の症状とは別に希望する検査や心配事があればお書きください

【10】現在、規則的な生活が送れていますか  
はい・いいえ ( 仕事が忙しい・仕事が不規則・悩み事で夜眠れない・その他 )

【11】たばこは吸われますか いいえ・はい ( 1日 本 )  
お酒は飲まれますか いいえ・はい ( 1日酒 合・ビール缶 本  
その他 )

【12】女性の方へ 現在妊娠していますか  
いいえ・はい・可能性がある

【13】血のつながった家族の中 ( 両親・兄弟・子供 ) で大きな病気をされた方はいますか  
ない・ある ( )

【14】診察・治療でのご相談やご協力をして頂ける方(キーパーソン)は、おられますか  
いいえ・はい お名前 関係  
連絡先 ( 自宅・携帯・勤務先・その他 )

【アンケート】ご協力をお願いします 当院へお越し頂いたきっかけを教えてください  
ホームページ・広告(雑誌・新聞・チラシ・ポスター・その他 ( ) )を見て  
講演会・市民(健康)講座・西の京病院主催の教室に参加して  
他院からの紹介 (医療機関名 )  
西の京病院/他科からの紹介 ( 科 先生、人間ドック/PET等検査)  
知人(親、兄弟、友人、病院の人)の紹介・近くて便利

介護保険認定：有・無・申請中  
認定有の方：要支援 ( ) / 地域包括支援センター (施設名 担当者 )  
要介護 ( ) / ケアマネジャー (施設名 担当者 )  
連絡先：施設・携帯・その他 ( - - )

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。



消化器内科  
問診担当者 ( )  
2023年4月1日改訂