

# いとう内科胃腸科医院 問診票

フリガナ \_\_\_\_\_

妊娠中 授乳中 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 様

性別 男性 女性

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

ご住所・お電話番号を教えてください。(保険証に記載のある方は省略して下さい。)

〒 \_\_\_\_\_ お電話番号 \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

体重 \_\_\_\_\_ kg

KT \_\_\_\_\_ °

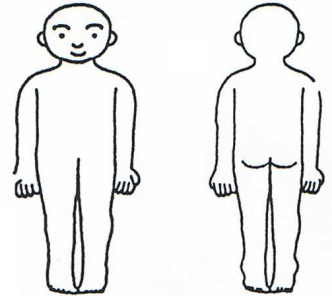
血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1) 今日、どうされましたか？

3) 調子の悪い場所はどこですか？

\_\_\_\_\_

2) それは、いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ 前頃から



現在になにか薬を飲んでいらっしゃいますか？

飲んでない・飲んでる (何の薬ですか？)

<お薬手帳を必ずご持参下さい。>

アレルギーについて教えてください。

1) 麻酔をかけた事がありますか？ ない ・ ある

(例えば) ①歯を抜いた時 ②傷をぬった時 ③手術をした時 ④内視鏡検査の時 など

2) 注射・麻酔薬・飲み薬・ぬり薬などで、具合が悪くなったり、かぶれたりした事がありますか？

ない ・ ある (何の薬で \_\_\_\_\_ )

3) アレルギーはありますか？ ない ・ ある

①ぜんそく ②じんましん ③花粉症 ④アトピー ⑤その他( \_\_\_\_\_ )

4) ご家族様に、アレルギーの方はいらっしゃいますか？

いない ・ いる (どなたですか？ 父 ・ 母 ・ 兄弟 ・ 子 ・ 孫 )

今までに大きな病気や、けがをした事があれば教えてください。

ない ・ ある(病名 \_\_\_\_\_ )