

問診表

白井医院 2022年5月作成

記入日： 年 月 日

ふりがな		記入者
お名前	男性・女性	本人・家族（続柄） その他（ ）
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日（ ）歳	
ご住所	〒 -	
お電話番号	(つながりやすいものをお願いします)	
メールアドレス	(Webでの予約システムをご希望の場合に記載をお願いします)	

●本日受診された症状・検査結果など

いつから ()
 どのような症状・検査結果・病気など ()
 定期検査目的の方は検査内容 ()
 今回の症状で最近他院への受診の有無 (無 ・ 有 : 病院名 紹介状 : 無 ・ 有)

●アレルギーの有無 (食べ物、お薬) *胃カメラを受けられる方は特に歯の麻酔薬での情報が重要です

無
 有 : 名前 () 症状 () 名前 () 症状 ()

●現在・過去のご病気の有無 (手術など含む)

無
 有 (西暦 年頃 :) (西暦 年頃 :)
 (西暦 年頃 :) (西暦 年頃 :)

●現在他院で処方されているお薬の有無

無
 有 (名前 *お薬手帳に全て載っている場合は記載不要です)

●喫煙歴 (過去含む)

無
 有 (歳頃～、1日 本、 歳頃～禁煙)

●飲酒歴 (過去含む)

無
 有 (歳頃～、頻度 、種類 : 、量 mL、 歳頃～禁酒)

●最終の食事日時 月 日 時頃

●最終の検査時期 *検査をしたことがなければ“なし”と記載して下さい

胃カメラ : 西暦 年頃 大腸カメラ : 西暦 年頃

●女性の方へ : 当てはまるものがあれば○、なければ×を付けてください

妊娠中 (月) ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中