

問診票

つつじヶ丘ホームドクタークリニック

ふりがな				男 ・ 女
お名前				
生年月日	M . T . S . H	年	月	日 (歳)
住所	〒			
電話番号(自宅)		携帯番号		

● 下記の問診にお答えください

1	いつから、どのような症状ですか	いつから () ----- どのような ()
2	現在、治療している病気や、飲んでいるお薬はありますか ※おくすり手帳がありましたら、ご提示ください	いいえ ・ はい () 治療中の病気 () ----- 飲んでいる薬 ()
3	過去に大きな病気にかかり、入院や手術をされましたか	いいえ ・ はい ()
4	今までに薬や食べ物でアレルギーがでたことはありますか	いいえ ・ はい (何に:)
5	タバコは吸いますか	いいえ ・ はい
6	アルコールは飲みますか	いいえ ・ はい (何を:) (1日量:)
7	今までに内視鏡検査を受けたことがありますか	いいえ ・ はい () 胃カメラ (年 月頃) ----- 大腸カメラ (年 月頃)
8	※女性の方のみお答えください 現在、妊娠していますか	いいえ ・ はい (ヶ月) ・ わからない 授乳中
9	当院のことを、知ったきっかけは何ですか	駅看板 ・ 電柱広告 ・ インターネット ・ 雑誌 通りがかり ・ 家族 知人 ・ 八幡山ビジョン

● 当院では、下記の診療も行っています。希望の方は ○ をつけてください。

血液検査 ・ 尿検査 ・ レントゲン ・ 心電図 ・ 超音波 ・ 内視鏡(予約制)

各種迅速検査 ・ ニンニク注射(自費) ・ プラセンタ(一部自費) ・ 禁煙外来 ・ 男性外来

ご記入ありがとうございました。

ご予約の方が優先となっていますので、ご予約をいただいていない方は、待ち時間が長くなることがあります。
また**診察内容によって、お呼び出しの順番が前後すること**もございますので、**ご理解、ご了承**ください。