

問 診 票

受診日： 年 月 日

フリガナ

氏 名

(男 ・ 女)

才

* 初診の方は、ご記入をお願いいたします。質問等についてはお答えできるところだけで結構です

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

頃より

・痛み ・出血 ・脱出 ・腹痛 ・下痢 ・便秘 ・その他

2. 肛門科の診察・治療・手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

・診察 ・治療 ・手術 (いつ頃)

3. 大腸検査をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

・大腸内視鏡(大腸カメラ) ・注腸透視 ・検便のみ

4. 今までに大きな病気をした事がありますか？ (はい ・ いいえ)

・胃腸病 ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・糖尿病 ・高血圧症 ・婦人科疾患など

病名 ()

・現在治療中 ・現在入院中 ・現在治療はしていない

5. 今、のんでいる薬がありますか？ (はい ・ いいえ)

* お薬手帳をお持ち下さい

(薬名)

6. アレルギーがありますか？ (はい ・ いいえ)

・体質 () ・薬 () ・食べ物 ()

7. 出産 () 回 妊娠中 () ヶ月 産後 () ヶ月 授乳中 ()

8. がんなどの病気がわかった場合の対応について

・ 告知をうけたいですか？ (はい ・ いいえ)

・ あなたの他に説明してもらいたい方がいますか？

配偶者 子 両親 兄弟 その他 ()

* 変更がある場合はいつでもお申し出ください

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・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時)4点 (マイナ保険証利用の場合 2点)

事務38R6.1