

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

*マイナンバーカードによるお薬、健診の情報、手術等の情報提供に同意されましたか(はい・いいえ)

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・手術を受けた事がありますか? (はい ・ いいえ)

・診察 ・治療 ・手術

(いつ頃)

3. 大腸検査をした事がありますか? (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 ()

・放射線治療または陽子線治療をした事がありますか? (はい ・ いいえ)

5. 今、のんでる薬がありますか? (はい ・ いいえ)

* (はい) の方はお薬手帳をお持ちください

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

・緊急連絡先 氏名() 電話番号()

2025年12月2日から健康保険証はマイナンバーカードへ移行されました。

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