

問 診 表

年 月 日

フリガナ	男 女	生年月日 T・S・H・R	年	月	日
氏名 殿	歳	自宅電話	-	-	<input type="checkbox"/> なし
		携帯電話	-	-	<input type="checkbox"/> なし
現住所 〒 -					
身長	cm	体重	kg	体温	℃

1 今日はどうされましたか？ (①~③の中から当てはまる所にご記入下さい)

① おしりの症状

1	痛 み	ない	ある	いつから ()
2	出 血	ない	ある	いつから ()
3	腫 れ	ない	ある	いつから ()
4	脱 出	ない	ある	いつから ()
5	か ゆ み	ない	ある	いつから ()

② おなかの症状

1	症 状	いつから ()		
2	検診・ドックで異常を指摘された			
	1.ピロリ菌	2.便潜血	3.ポリープ (胃・大腸)	4.その他()

③ 相模原市検診希望 (相模原在住で40歳以上の方)

1. 胃がん 2. 大腸がん(検便) 3. 肺がん 4. 肝炎ウイルス 5. 前立腺がん(55.60.65歳)

2 普段の便通はいかがですか？

規則的 ・ 不規則

回 数	日	回	便の硬さ	1.普通	2.コロコロしている
排便時間	3分以内	5分		10分以上	3.下痢気味
便の出始め	硬い	柔らかい	普段、下剤はお使いになっていますか？		
残 便 感	ない	ある	ない	ある	薬剤名()

3 胃カメラを受けたことがありますか？

ない ある 最終検査 H・R 年 月

胃カメラを希望されますか？ はい 診察によって いいえ

4 大腸カメラを受けたことがありますか？

ない ある 最終検査 H・R 年 月

大腸カメラを希望されますか？ はい 診察によって いいえ

裏もご記入ください



5 今現在治療中、また今までにご病気にかかれた事がありますか？

ない

ある

{ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 心疾患 ・ 脳疾患 ・ 前立腺肥大
緑内障 ・ 胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 睡眠時無呼吸症候群

6 普段、使っている薬はありますか？

ない

ある

今日、お薬手帳を持ってきていますか？

はい

いいえ

7 手術を受けた事がありますか？ (肛門疾患も含めて)

ない

ある

(病名

いつ

S ・ H ・ R

年

月)

8 ご親族の中で がん と診断された方はいますか？

いない

いる

(病名

)

9 薬のアレルギーはありますか？

ない

ある

(薬品名

)

10 女性の方にお尋ねします

現在、妊娠の可能性はありますか？

ない

ある (妊娠

ヵ月)

現在、授乳中ですか？

いいえ

はい

その他何かありましたらご自由にお書き下さい

アンケートにご協力お願いします

当院をどのようにお知りになりましたか？

①インターネット

②看板 (バス・医院前・相原16号)

③近所

④知人・身内の紹介

⑤会社・市の検診一覧

⑥先生の紹介 (病院名:)

ご記入が終わりましたら受付へお渡してください

あさひクリニック