

# Think Park 消化器クリニック / ThinkPark International Medical Clinic

フリガナ	性別 /Sex	生年月日 /Date of Birth
氏名 /Name 姓 /family name 名 /first name	<input type="checkbox"/> 男 /male <input type="checkbox"/> 女 /female	大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 年 year 月 month 日 day 歳 age
現住所 /Address or Hotel name 〒 ー 都道 府県		
電話 /Phone : ( ) ー		携帯電話 /Mobile :

## 問診票

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。痛みなどある場合はその部位もお書き下さい。

2. 嗜好品についてお答え下さい。

酒 ( を 歳より1日 ) たばこ ( 歳より1日 本)

3. 今までにかかったことのある病気を○で囲んでください。また、それはいつ頃（または年齢）ですか。

虫垂炎 ( ) 肝臓病 ( ) 腎臓病 ( )

心臓病 ( ) 高血圧 ( ) 糖尿病 ( )

胃潰瘍 ( ) 喘息 ( )

その他【病名: 】( )

4. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。 ( はい / いいえ )

「はい」と答えた方は、わかれば薬・食べ物の名前を記入してください。

薬 ( ) 食べ物 ( )

5. あなたの血縁関係（祖父/祖母/父/母/兄弟/子供）で次の病気にかかったことがある、またはかかっている人がいれば、病名を○で囲み、( ) にどなたかを記入してください。

※癌及びその他の場合は、病名もお書き添え下さい。

癌【病名: 】( ) 高血圧 ( ) 肺結核 ( ) 糖尿病 ( )

心臓病 ( ) 喘息 ( ) その他【病名: 】( )

6. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか ( はい / いいえ ) 授乳中ですか ( はい / いいえ )

月経 ( 順調 / 不順 ) 最終月経 ( 月 日 ~ 月 日 ) 閉経 ( 歳)

ご協力ありがとうございました。順番になりましたら呼びいたしますので、お待ち下さい。

### 【ご注意】

患者様の被保険者証等のコピーは個人情報保護法により、原則として第三者に開示いたしません。しかし緊急を要する場合、法令に基づく場合や、本人の生命/身体/財産を保護するために必要がある場合などで、本人の同意を得ることが困難であるときは例外的に第三者に開示することがあります。あらかじめご了承下さい。