

胃腸科・外科問診票

年 月 日

氏名: _____ 様 (_____ 歳) 性別: 男・女

身長: _____ cm 体重: _____ kg 結婚: 未・既 職業: _____

1. 本日はどのような症状で来院されましたか(当てはまるもの全てに○をして下さい)

発熱(_____ °C) 吐き気 嘔吐 食欲不振 のどのつかえ感
胸焼け 胃痛 胃もたれ お腹が張る 腹痛 下痢 便秘
血便 黒色便 体重減少 健康診断後の二次検査(精査)
内視鏡検査を希望(胃・大腸) 内視鏡検査の事前診察(検査日: _____ 月 _____ 日)
その他 [_____]

◎上記の症状はいつ頃からですか (_____)

2. 現在、治療中の病気はありますか(当てはまるもの全てに○をして下さい)

いいえ・はい (_____)
脳卒中 緑内障 ぜん息 高血圧
心臓病・ペースメーカー埋め込み 糖尿病 腎臓病・透析中
前立腺肥大症 精神疾患 (_____) 癌 (_____)
その他 (_____)

3. 現在、飲んでいる薬がありますか(お薬手帳があればお出し下さい)

いいえ・はい (薬剤名: _____)
*はいの方、血液がサラサラになる薬を服用していますか いいえ・はい

4. 今までに薬や食品でアレルギーを起こされたことがありますか

いいえ・はい (薬剤名: _____ 食品名: _____)

5. 過去に病気やケガで入院や手術を受けたことがありますか

いいえ・はい (病名: _____)

6. 10日以内に、海外へ行きましたか

いいえ・はい (国名: _____)

7. 嗜好品について

お酒は 飲まない・飲む (1日 _____ 合 / 週 _____ 回)
タバコは 吸わない・吸う (1日 _____ 本)・過去に吸っていた (1日 _____ 本 / 年間)

8. 女性の方にお聞きします

妊娠中ですか いいえ・はい (現在 妊娠 第 _____ 週)
授乳中ですか いいえ・はい (_____ 年 _____ 月 _____ 日出産)

9. その他、気になることやご要望があればお書き下さい

[_____]