

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 糖尿病
前立腺肥大症 心臓病・ペースメーカー埋め込み 腎臓病・透析中
精神疾患() 癌() その他()]

3. 現在、飲んでいる薬がありますか(お薬手帳または薬情 □あり □なし)

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. 宗教 有 () 無

※輸血等で制限のある方は事前にお知らせ下さい

9. その他、気になることやご要望があればお書き下さい

[]