

消化器内科問診表

記入日 令和 年 月 日

〒

住所

ふりがな

氏名 男・女 生年月日 T・S・H・R 年 月 日(才)
職業(過去も含む) 身長()cm 体重()kg 体温()度

① 本日はどのような症状で受診されましたか？

② その他にも症状があれば○をつけてください。

1. 腹痛 (痛む場所:)
2. 吐き気・嘔吐 (吐いた物の色:)
3. 便の異常 (便に血が混じる ・ 便が黒い ・ 便秘: 日便が出てない ・ 下痢: 回/日)
4. 体がだるい 5. 体が黄色い・白目が黄色い・尿の色が濃い 6. おなかが張る

③ 症状はいつ頃からありますか？ (例：1週間前からなど)

④ どのようなときに症状がでますか？ (例：空腹時、食後、排便時は毎回など)

⑤ どれくらいの頻度で症状がでますか？ (例：毎日、週に1～2回、月に1～2回など)

⑥ 現在、服用されている薬はありますか？

- (1) 当院の薬のみ服用している。
- (2) 他院の薬： ない ・ ある (どこの病院のお薬ですか？)
*お薬手帳等を持参されている方は、コピーをとらせていただきますので記入は不要です。
- (3) サプリメント等： ない ・ ある (名前)
- (4) 市販の薬： ない ・ ある (名前)

⑦ 現在、治療中の病気はありますか？

- ない ・ ある (病名:)
どこの病院で治療を受けていますか？ ()

⑧ 今までにかかったことのある病気はありますか？

- ない ・ ある (下記に○をつけてください)
- 脳梗塞 脳出血 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高血圧 肝臓病 腎臓病
気管支喘息 糖尿病 緑内障 前立腺肥大 がん (部位:)
その他 ()

裏面もご記入をお願いいたします

⑨ お腹の手術を受けたことはありますか？

ない・ある（下記に○をつけてください）

食道： 歳 胃： 歳 肝臓： 歳 胆のう： 歳
大腸： 歳 盲腸(虫垂炎)： 歳 膀胱： 歳 その他： 歳

⑩ アレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか？

ない・ある（下記に○をつけてください）

薬品アレルギー() 食品アレルギー()
その他：喘息・花粉症・鼻炎・結膜炎・アトピー・ゴム・金属()

⑪ アルコールを少量飲むだけ(ビールコップ1杯など)で、すぐ顔が赤くなる体質がありますか？

または、アルコールで皮膚を消毒すると真っ赤になりますか？

なる・ならない

⑫ タバコは吸われますか？

・喫煙 → 吸う 1日 本 才から
・全く吸わない ・以前吸っていた → 本/日 才 ~ 才頃まで

⑬ お酒は飲まれますか？

・全く飲まない ・やめた(いつ頃：)

・飲む(下記に○をつけてください)

毎日 時々(どれくらいの頻度ですか？)

内容： 日本酒 合 ・ ビール(350ml) 本 ・ 焼酎 合 ・ その他

⑭ 女性の方へお聞きします。現在、妊娠の可能性は？

1) なし 閉経(才) 2) あり → 妊娠 週 最終月経(年 月 日) 3) 不明
4) 授乳中

⑮ 6ヶ月以内に渡航されましたか？ いいえ・はい (いつ： 国名：)

⑯ 過去に上部内視鏡検査(食道・胃・十二指腸のカメラ検査)を受けられたことはありますか？

ない・ある(最終検査： 年 月頃)

⑰ ピロリ菌検査を受けたことがありますか？

ない・ある → 除菌治療を行い成功した。 除菌治療を行ったが除菌できなかった。
除菌治療してない。 除菌治療を行ったが、除菌できたか検査していない。

⑱ 過去に下部内視鏡検査(大腸のカメラ検査)を受けられたことはありますか？

ない・ある(最終検査： 年 月頃)

ご協力ありがとうございました。

個人情報保護法に基づき、本来の利用目的の範囲を超えて使用は致しません

アイ内科クリニック