問 診 票

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	T・S H・R	年	月	日
氏名							
住所	〒		連絡のとれる電話番号	1			
				2			

【　身長　　cm　/　体重　　kg　】

1.どのような症状（理由）で来られましたか？

□胃の症状　→いつからですか（　　から）→胃痛・もたれ・吐き気・その他（　　）

□お腹の症状→いつからですか（　　から）→きりきり痛い・重い・張っている

□便通の異常→いつからですか（　　から）→下痢・便秘・下痢便秘の繰り返し

□肛門の症状→いつからですか（　　から）→痛い・腫れている・出血する・かゆい

□検査の希望→定期的な検査・症状があるので心配・検診で異常を指摘された

→　□胃カメラ　□大腸内視鏡　□腹部エコー検査

現在の症状や今回受診された理由やいきさつを詳しくお書きください

2. 次の検査を受けたことがありますか？（どちらかに○）

大腸内視鏡検査　ない　・　ある →　最後に受けたのはいつですか？　年　月

胃カメラ　ない　・　ある →　最後に受けたのはいつですか？　年　月

腹部エコー　ない　・　ある →　最後に受けたのはいつですか？　年　月

3. 下記に記した病気はありますか？該当するものに○をつけてください。

ない　/　高血圧・心臓病・糖尿病・喘息・腎臓病・てんかん・前立腺肥大・重症筋無力症

緑内障・肝臓病・高コレステロール血症・骨粗鬆症・乳癌(右・左)・その他（

4. いままでに腹部の手術を受けたことがありますか？（整形外科・耳鼻科などの手術は含みません）

ない　ある →　いつごろ（　　）　手術名（　　開腹・腹腔鏡　）

いつごろ（　　）　手術名（　　開腹・腹腔鏡　）

5. 特異体質・アレルギーはありますか？（ある場合は□に✓をつけてください）

ない　ある　→　□花粉症　□薬剤（　　）　□麻酔（キシロカイン・その他　　）

□食物（　　）　□その他（アルコール消毒・テープかぶれ・その他　　）

6. 現在内服している薬はありますか？

ない　ある　→薬の名前が書かれたものがありましたら一緒にお出しください

（　スタッフ記入　　有・忘・無　）

7. 喫煙はしますか?

□いいえ　□喫煙していたがやめた　□喫煙する　→　1日約（　　）本

禁煙された方は、いつ頃から禁煙されましたか？　（　　年　　月　）

8. 人工肛門などの特殊な装具を使用していますか？　いいえ　・　はい（　　）

9. 人工透析を受けていますか？　いいえ　・　はい

10.インシュリン注射をしていますか？　いいえ　・　はい

11.ペースメーカーを装着していますか？　いいえ　・　はい

12. 差支えなければ今回このクリニックを受診されたきかっけを教えてください。

□家族や親せきの勧め　□知人の勧め　□家が近い　□インターネット　□以前から利用している

□その他（　　）

＜以下女性の方のみ＞

12. 妊娠されていますか？　いいえ・わからない・はい　（　　週目）

13. 授乳中ですか？　いいえ　はい：出産日　（　　）