

# 診察用問診票

ID \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_ °C

診察の参考にさせていただきますので、下記のご質問にお答えください。

フリガナ				男・女	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前				身長	cm		体重	kg
ご住所	〒			電話	( )			

1. 本日はどのような目的で受診されましたか？

- 症状の悩み 頭痛 めまい 発熱 喉の痛み 咳 痰 息苦しい  
腹痛 胃の調子が悪い 吐き気 嘔吐 下痢 便秘  
食欲がない 黒い便が出る 便に血がついている  
その他症状 \_\_\_\_\_

検診異常 便潜血検査 バリウム検査異常 ピロリ菌 肝機能異常

検査希望 胃カメラ 大腸カメラ 超音波検査

2. 症状はいつからですか？

- ( ) 日前から  ( ) 年前から 時々 今日始めて  
その他 \_\_\_\_\_

3. 今までに病気をされたことがありますか？ また現在かかっている病気はありますか？ あり・なし

- 高血圧 糖尿病 心臓病 脳卒中 肺疾患 ぜんそく 緑内障  
前立腺肥大 肝臓病 腎臓病 がん  
その他 \_\_\_\_\_

4. 手術をされたことはありますか？ あり・なし

- いつ頃 ( ) 部位 ( )  
いつ頃 ( ) 部位 ( )

5. 現在、定期的に飲んでいるお薬はありますか？ あり・なし

- 血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？ あり・なし  
服用しているお薬の名前： \_\_\_\_\_

6. お薬のアレルギーはありますか？ あり (薬品名： )・ なし

7. お酒は飲みますか？ はい ( 毎日飲む ・ 時々飲む ・ 付き合い程度 ) ・ いいえ

8. 喫煙しますか？ はい ( 本/日 ・ 年間 ) ・ 以前吸っていた ・ いいえ

9. 妊娠の可能性はありますか？ (女性のみ) はい ・ いいえ ・ 不明 ・ 授乳中

10. ご家族でおおきなご病気 (がんなど) にかかれた方はいますか？ はい ・ いいえ

- ご病気 ( ) 父 母 兄弟姉妹 子 祖父母

11. 以前胃・大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？ あり ・ なし

- 胃カメラ ・ 大腸カメラ (いつ頃： )