消化器内科問診票

記入日：　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日 大・昭・平・令　　年　　月　　日
氏名			
住所	〒　　ー		
電話番号			

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。
□胃腸の悩み（□腹痛 □胃が痛い □胃もたれ □胃が重い □お腹がはる □胸やけ □吐き気 □便秘
□便に血が混じる □食欲低下 □下痢 □体重が減った □顔色が黄色いといわれる）
□胃カメラ希望 □大腸内視鏡希望
□肛門の悩み（□痛み □出血 □脱紅 □かゆみ）
□外科の悩み（□切り傷 □擦り傷 □やけど）
□胸痛 □動悸・息切れ □腰痛 □熱（　　℃）□せき □のどの痛み □頭痛 □むくみ □めまい □しびれ
□検診で要精密検査の指示を受けた □その他（　　）

症状はいつ頃からありますか？（　　）

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？
□なし　□あり（　　）

現在、治療中の病気はありますか？
□なし　□あり（　　）

現在、飲んでいるお薬はありますか？
□なし　□あり（　　）

喫煙、飲酒について教えてください
喫煙：□吸わない　□吸う（　　本/日 ×　年間）
　　□禁煙した（　　年前から。それまで喫煙（　　本/日 ×　年間））
飲酒：□飲まない　□飲む（週　　日）　種類・量（　　）

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？
□なし　□あり（　　）

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？
□いいえ　□はい（□妊娠中　□妊娠の可能性あり　□授乳中）

以前、胃カメラ・大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？
□ない　□ある（□胃　□大腸）いつ頃受けられましたか？（　　）

ご家族に、肛門・胃・大腸疾患の方はいらっしゃいますか？
□いいえ　□はい（□父　□母　□兄弟姉妹　□子　□祖父母）

当院をどちらでお知りになりましたか？
□インターネット　□看板　□知人　□通りがかり　□その他（　　）

※ご協力ありがとうございました。