

問 診 票

ふりがな

記入日 年 月 日

氏名

(年 月 日生 / 歳) (男性 ・ 女性)

現住所 〒

電話 (自宅)

(携帯)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 職業 _____ 紹介状のご持参 (なし ・ あり)

他院通院状況 (ない ・ ある → どちらへ _____) ここ1年の健診受診 (なし ・ あり)

▼本日はどのような症状で来院されましたか (いつ頃から、どのあたりが、どのように)

--

▼この中に今ある症状があれば教えてください (複数回答可)

- ①胸焼け ②苦い水が上がる感じ ③飲み込み時の詰まり感 ④頻回のゲップ ⑤吐き気 ⑥嘔吐
⑦みぞおちの痛みや重い感じ ⑧食後のもたれ感 ⑨早期満腹感 ⑩腹部の張り感 ⑪腹痛 ⑫全てない

▼排便状況について教えてください

排便状況 (普通 ・ 下痢 ・ 便秘 ・ 下痢と便秘を繰り返す)	
排便回数 日に 回 ~ 日に 回くらい	一回のトイレの所用時間 約 分
便性状 (硬い ・ 普通 ・ 軟らかい ・ 泥状 ・ 水様)	残便感 (ない ・ ある)
血便が出たり便に血が混じったりすることはありますか (ない ・ 血便 ・ 便に血が混じる)	
下剤の使用の有無 (ない ・ ある → 薬剤名)	

▼これまでの病歴について教えてください

現在かかっている病気 (ない ・ ある → 病名)
この中に過去にかかっていた、もしくは現在かかっている病気があれば教えてください (複数回答可)
①糖尿病 ②高血圧 ③狭心症 ④心筋梗塞 ⑤不整脈 ⑥心不全 ⑦脳梗塞 ⑧脳出血 ⑨肝臓病 ⑩腎臓病 ⑪褐色細胞腫 ⑫喘息 ⑬緑内障 ⑭前立腺肥大 ⑮精神疾患 ⑯がん ⑰その他 ⑱全てない
服薬中の薬剤 (ない ・ ある → 薬剤名)
血液がサラサラになる薬 (ない ・ ある → 薬剤名)
アレルギー (ない ・ ある → 薬剤 食物 その他)

▼これまでに受けた手術や検査などについて教えてください

手術 (ない ・ ある → いつ頃 どこで 手術内容)
上部内視鏡(胃カメラ) (ない ・ ある → いつ頃 どこで 結果(病名))
下部内視鏡(大腸カメラ) (ない ・ ある → いつ頃 どこで 結果(病名))
ピロリ菌検査 (受けてない ・ 受けた → 陰性(ピロリ菌がいなかった) ・ 陽性(ピロリ菌がいた))
除菌治療 (受けてない ・ 受けた → 不成功(除菌できなかった) ・ 成功(除菌できた) ・ 不明)

▼ご親族 (血縁のある方) に以下のご病気の方はいらっしゃるでしょうか

ピロリ菌 (いない・いる・不明)	胃がん (いない・いる・不明)	大腸ポリープ・がん (いない・いる・不明)
------------------	-----------------	-----------------------

▼女性の方にお聞きいたします

妊娠 (していない ・ している)	授乳 (していない ・ している)
---------------------	---------------------

▼マイナ保険証の方にお聞きいたします

マイナ保険証による診療情報取得にご同意いただけますか (同意する ・ 同意しない)

▼来院のきっかけを教えてください (複数回答可)

①ホームページ	②クリニックビル看板	③駅看板 _____ 駅	④広告チラシ
⑤家族や知人からの紹介 (どなたから _____)		⑥医療機関からの紹介 (どちらから _____)	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供につとめています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。