

# 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 \_\_\_\_\_

▼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 _____ )
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

▼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 )

▼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 )
---------------------	---------------------

▼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 _____ )
--

記載して頂いた情報は診察目的のみに使用し、他の目的で第三者に開示することはありません。