

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 ⑫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 → 隆性(ピロリ菌がいなかった) · 阳性(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)に以下の病気の方はいらっしゃいますか

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をお願いいたします。