

問診票

きたみ胃・大腸クリニック

v7.0

年 月 日

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努めています。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。

ふりがな		性別	男 女
お名前	様	生年月日	(大・昭・平) 年 月 日
住所			
連絡先	電話 (携帯 / 固定)		

あてはまるものに○をつけて下さい。

1. ご来院の主な理由は何ですか？

- ・ 内視鏡検査希望 → 食道・胃 / 大腸
- ・ 健診で異常 → 食道, 胃, 十二指腸, ピロリ菌, 便潜血, その他 ()
- ・ 食道の症状 → つかえ感, 異和感, 酸っぱい/苦いこみ上げ, 胸焼け
- ・ 胃の症状 → 痛み, ゲップ, 膨満感, 食後もたれ, 胃が重い, 吐き気, 嘔吐, 食欲不振
- ・ お腹の症状 → 痛み (部位:), しぶり腹, 膨満感
- ・ 便通の症状 → 便秘, 下痢/軟便 (一日約 _____ 回), 残便感, 急な便意, 便が細い, 血便, 黒色便
- ・ 肛門の症状 → 出血 (ティッシュに血液が付着, 便器の水が赤くなる), 痛み
- ・ 発熱 → 最高 _____ °C, 現在 _____ °C
- ・ その他 →

症状がある方へ, いつ頃からですか? → _____ 年 _____ 月頃から

それは, はじめてですか? → はい / いいえ

2. その症状でこれまでに診察 (診断・治療・投薬)を受けたことはありますか? → はい / いいえ

具体的な診断・治療 →

3. 内視鏡検査を受けたことはありますか? → はい (食道・胃 / 大腸) / いいえ

最後の検査はいつ頃ですか? → _____ 年頃

その結果 → 異常なし, 逆流性食道炎, 慢性胃炎, 胃/十二指腸潰瘍, 胃ポリープ
大腸ポリープ (切除済 / 不明), その他 ()

ピロリ菌検査を受けたことはありますか? → はい (結果: 陽性 / 陰性 / 不明) / いいえ

ピロリ除菌治療を受けたことはありますか? → はい (結果: 成功 / 失敗 / 不明) / いいえ

4. その他の病気について

→ がん (), 虫垂炎, 結腸憩室炎, 胆のう結石症, B/C 型肝炎, 開腹手術 ()
高血圧, 心臓病, 糖尿病, その他 ()

5. 抗血栓薬 (血液サラサラ薬)を内服していますか? → はい (薬名:) / いいえ

その理由 → 脳梗塞, 心筋梗塞, 狭心症, 心房細動, その他 ()

その他の常用薬は? →

6. 飲酒 → 習慣性 / 機会あれば / なし

喫煙 → あり / 禁煙後 / なし

7. これまでに薬剤等でアレルギーが出たことはありますか? → はい / いいえ

具体的に →

8. 女性の方へ, 妊娠中または授乳中ですか? → はい (妊娠 _____ か月 / 可能性あり) / いいえ

9. ご来院のきっかけは?

ご紹介 (), ホームページ, ネット検索サイト, 情報誌, 看板
その他 →