問診票

きたみ胃・大腸クリニック

v6.0

年　　月　　日

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）		

あてはまるものに〇をつけて下さい.

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，残便感，急な便意，下痢/軟便（一日約　　回），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　　℃，現在　　℃
   - 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？ ➡ いいえ / はい
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？ ➡ いいえ / はい

   具体的な診断・治療 ➡
4. **内視鏡検査**を受けたことはありますか？ ➡ いいえ / はい（食道･胃 / 大腸）

   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 / 未 / 不明），不明，その他（　　）

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

   ピロリ除菌治療を受けたことはありますか？ ➡ いいえ / はい（結果：成功 / 失敗 / 不明）
5. 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（　　）
6. 抗血栓薬（血液サラサラ薬）を内服していますか？ ➡ いいえ / はい（薬名：　　）

   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？ ➡
7. 飲酒 ➡ 毎日 / 毎週 / 機会あれば / なし

   喫煙 ➡ 一日　　本 x　　年 / 禁煙　　年 / なし
8. これまでに薬・麻酔・食物等で**アレルギー**が出たことはありますか？ ➡ いいえ / はい

   具体的に ➡
9. 女性の方へ，妊娠中または授乳中ですか？ ➡ いいえ / はい（妊娠　　か月 / 可能性あり）
10. 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 ➡