

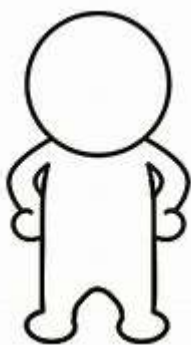
問診票

裏面もございます。ご記入をお願いします

年 月 日

ふりがな 名前：	性別： 男 ・ 女
生年月日：昭・平・令 年 月 日 歳	身長： cm 体重： kg
住所：〒	
電話 自宅：	携帯： 緊急連絡先：

1) 今の症状を教えてください いつからどの部分に症状がありますか



2) これまでに手術を受けたことはありますか (はい ・ いいえ)

手術した時期・内容をご記入ください 例) 45歳 胆のう切除 など

()

3) 現在治療中、または以前にかかれた病気はありますか (はい ・ いいえ)

心臓病・不整脈・糖尿病・緑内障・前立腺肥大・喘息・てんかん・睡眠時無呼吸症候群
脳梗塞・その他 ()

4) 現在、飲んでいるお薬はありますか (はい ・ いいえ)

はいの方は薬剤名を下記にご記入ください

()

5) 食べ物や薬のアレルギーはありますか (はい ・ いいえ)

はいの方は食べ物・薬品名・アレルギー症状をご記入ください*アルコール消毒・テープかぶれも含む

()

6) タバコは吸われますか (吸っている ・ 禁煙した ・ 吸ったことがない)

7) お酒は飲みますか (ほぼ毎日飲む ・ 時々飲む ・ 禁酒した ・ 飲まない)

8) お酒を飲む方⇒少量飲むだけでも顔が赤くなりますか (はい ・ いいえ)

裏面のご記入もお願いします

9) 女性の方にお聞きします

女性特有の病気はありますか (はい ・ いいえ)

はいの方⇒子宮筋腫・卵巣のう胞・乳がん・その他 ()

現在妊娠中ですか (はい ・ いいえ ・ 可能性あり) 現在授乳中ですか (はい ・ いいえ)

10) 胃カメラをされたことはありますか (はい ・ いいえ) ⇒前回は 年 当院・他院

11) 大腸カメラをされたことはありますか (はい ・ いいえ) ⇒前回は 年 当院・他院

12) 今までに食道・胃・腸の病気を診断された事がありますか (はい ・ いいえ)

逆流性食道炎・食道がん・胃炎・胃潰瘍・胃ポリープ・胃がん・大腸ポリープ・
大腸がん・潰瘍性大腸炎・クローン病・その他()

13) 過去にピロリ菌の検査をしたことがありますか (はい ・ いいえ)

はいの方⇒ (血液検査・胃カメラ・呼気検査・その他)

結果についてお聞きします (陰性 ・ 陽性で治療した ・ 陽性だがそのまま)

14) 過去に大腸ポリープの切除をした事がありますか (はい ・ いいえ)

15) 血縁関係者 (祖父母・両親・兄弟姉妹など) にがんの方はおられますか (はい ・ いいえ)

血縁関係者との続柄、病名をご記入ください

()

16) 普段の便の状況をご記入ください

回数： 日に 回 便性状： 下痢・軟らかい・普通・硬い

17) 歯科などで麻酔をされた際に気分が悪くなったことはありますか (はい ・ いいえ)

18) 普段、義歯を使用していますか (はい ・ いいえ)

ご記入ありがとうございました。

その他、ご不安な事やご不明な事は診察室などお気軽にお尋ねください。