



< 消化器外科問診表 >

フカサ

受付時間 _____ サイン _____
年 月 日

ID _____ 名前 _____ 年齢 _____ 男 女

1 いつ頃からどのような症状でお困りですか？

1) いつ頃から _____)
 今日 昨日 3日前位 1週間前 10日前 2週間前 3週間前 1ヶ月前 1ヶ月以上前

2) どこが _____)
 胸 腹 下腹 胃 肛門 その他(_____)

3) 症状 _____)
 腹痛 下痢 便秘 肛門痛 便に血が混じる 胃カメラを受けたい
 胃痛 胸やけ 胃もたれ 吐き気・嘔吐 食欲低下
 【体温 . °C】 _____ その他(_____)

2 現在治療中の病気はありますか？

いいえ _____)
 はい(病名: _____)

3 今まで以下の病気にかかったことはありますか？

いいえ _____)
 緑内障 不整脈 心臓病 前立腺肥大症 高血圧 糖尿病
 喘息 脳梗塞 脳出血 腎臓病 肝臓病 胃潰瘍 がん その他(_____)

4 今までに薬や食べ物で、発熱・発疹(ぶつぶつ)・発赤(皮膚が赤くなる)などの症状が出たことはありますか？

いいえ ある _____)
 ある場合、該当する方を選んでください。
 薬 (_____) 食物 (_____)

5 麻酔の注射で気分が悪くなったり、蕁麻疹が出たりしたことはありますか？

いいえ はい _____)

6 抗凝固剤(ワーファリン)や抗血小板剤(バイアスピリン等)などの血液を固まりにくくさせる薬を内服していますか？

いいえ _____)
 ワーファリン バイアスピリン パナルジン プラビックス プレタール エパデール
 その他(薬の名前: _____)

7 嗜好品についてお聞きします

タバコ 吸わない 吸う _____)
 本数 1日1~10本 1日10~20本 1日20~40本 1日40本以上
 喫煙歴 5年未満 10年未満 20年未満 30年未満 40年未満 40年以上
 お酒 飲まない 飲む _____)

8 今までにケガや病気で手術を受けたことがありますか。はいの方はどのような手術をされましたか？ いいえ はい

(_____ 歳 _____)

9 女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか？または、妊娠の可能性はありますか？ _____ いいえ はい
 授乳中ですか？ _____ いいえ はい