

ID :

<消化器外科> 問診票

フリガナ

名前 : 年齢 : 歳 性別 : 男 ・ 女

現在の体温 : . ℃

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか

いつから	☐ 今日 (時頃) ☐ 昨日 (時頃)
	☐ それ以前 (月 日 頃、又は か月前 頃)
どこが	☐ 胸 ☐ 胃 ☐ 下腹部 ☐ 肛門
	☐ その他 : ()
どのような症状	☐ 痛み ☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 胃もたれ ☐ 胸やけ
	☐ 吐き気・嘔吐 ☐ 便に血が混じる ☐ 食欲低下
	☐ 胃カメラを受けたい ☐ 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 : 投薬 : 有り ・ 無し

3. 今までに病気にかかったり、手術を受けたことはありますか

☐ いいえ

☐ はい {

☐ 高血圧 ☐ 脂質異常症 ☐ 脳出血 ☐ 脳梗塞 ☐ 肺塞栓

☐ がん : 部位 ☐ 心臓疾患 (不整脈・狭心症・心筋梗塞・弁膜症)

☐ 肝臓疾患 ☐ 腎臓疾患 ☐ 貧血 ☐ リウマチ ☐ 消化性潰瘍

☐ 前立腺肥大 ☐ 高尿酸血症 ☐ 喘息 ☐ 緑内障 ☐ 深部静脈血栓症

☐ その他 :

☐ 手術の経験あり 病名 又は部位 : いつ頃 :

4. 抗凝固剤や抗血小板剤など、血液を固まりにくくする薬を内服していますか

☐ いいえ

☐ はい 薬剤名 :

5. アレルギーはありますか

☐ いいえ

☐ はい : どんな症状 :

・ 歯科治療等の麻酔の注射で気分が悪くなったり、蕁麻疹が出たことはありますか

☐ はい ☐ いいえ

6. 女性の方にお聞きします

・ 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

☐ いいえ ☐ 妊娠中または妊娠の可能性 ☐ 授乳中

<職員記入欄> 日付 :

紹介状 : あり ・ なし 薬手帳 : あり ・ なし 受付 :