

診察問診票

カルテID.

ご記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男性
お名前		性別	<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 女性
			<input type="checkbox"/> 平成	()		歳	
ご住所	〒	自宅電話					
		携帯電話					
		緊急連絡先	続柄 () お名前 ()				

身長 [] cm 体重 [] kg
 体温 [] °C 血圧 [/] mmhg 脈拍 []

該当する項目に☑または必要事項の記入をお願いいたします。

本日は どうなさいましたか？	胃腸の悩み	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 胃の調子が悪い <input type="checkbox"/> 食欲がない <input type="checkbox"/> 黒い便がでる <input type="checkbox"/> 便に血がついている
	検査を希望	<input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> 腹部エコー
	検診で要精密検査 と指摘された	<input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> ピロリ菌 <input type="checkbox"/> バリウム検査異常 <input type="checkbox"/> 肝機能異常
	※上記の症状に当てはまらない場合などはこちらへご記入ください。	
症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> () 年前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 今日のはじめて <input type="checkbox"/> その他 ()	
現在治療中の病気 または 過去に治療を受けた 病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 高血圧 () 歳 <input type="checkbox"/> 糖尿病 () 歳 <input type="checkbox"/> 肺疾患 () 歳 <input type="checkbox"/> 喘息 () 歳 <input type="checkbox"/> 心臓病 () 歳 <input type="checkbox"/> 腎臓病 () 歳 <input type="checkbox"/> 肝臓病 () 歳 <input type="checkbox"/> 脳卒中 () 歳 <input type="checkbox"/> 甲状腺 () 歳 <input type="checkbox"/> 緑内障 () 歳 <input type="checkbox"/> 透析 () 歳 <input type="checkbox"/> その他 ()
手術をされたことは ありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 いつ頃 () 部位 ()
現在、飲んでいる お薬はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 <u>お薬手帳をお持ちの方は受付にご提示ください。</u> 薬品名 ()
お薬や食品でアレルギーが 出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 薬品名 () 食品名 ()
ご家族でおおきなご病気 (がんなど)にかかられた 方はいますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> いる	※「いる」とお答えの方 ご病気 () <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母
以前胃・大腸内視鏡検査を 受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	※「ある」とお答えの方 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ いつ頃 ()
喫煙・飲酒について	喫煙： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日 本× 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した (年前から禁煙。それまでの喫煙は1日 本× 年間) 飲酒： <input type="checkbox"/> 週に3回以上飲む <input type="checkbox"/> 機会がある時だけ飲む <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 顔が赤くなりやすい	
女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 () カ月 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中	
当院をどちらで お知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 新聞・パンフレット <input type="checkbox"/> 電柱広告 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> ご近所やご友人の紹介 <input type="checkbox"/> 医療機関からのご紹介 <input type="checkbox"/> 自宅・職場から近い <input type="checkbox"/> その他 ()	