

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 | 〒 | 職業 | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | |
| | | 緊急連絡先 | 続柄 () お名前 () | | | | |

| | |
|---------|-------------------|
| 身長[]cm | 体重[]kg |
| 体温[]℃ | 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 () |
| 喫煙について | <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) | |
| 飲酒について | <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 () | |