

# 胃腸科・外科問診票

年 月 日

氏名: \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ 歳) 性別: 男・女

身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg 結婚: 未・既 職業: \_\_\_\_\_

## 1. 本日はどのような症状で来院されましたか(当てはまるもの全てに○をして下さい)

発熱( \_\_\_\_\_ °C) 吐き気 嘔吐 食欲不振 のどのつかえ感  
胸焼け 胃痛 胃もたれ お腹が張る 腹痛 下痢 便秘  
血便 黒色便 体重減少 健康診断後の二次検査(精査)  
内視鏡検査を希望(胃・大腸) 内視鏡検査の事前診察(検査日: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)  
その他 [ \_\_\_\_\_ ]

◎上記の症状はいつ頃からですか ( \_\_\_\_\_ )

## 2. 現在、治療中の病気はありますか(当てはまるもの全てに○をして下さい)

いいえ・はい [ 脳卒中 緑内障 ぜん息 高血圧  
心臓病・ペースメーカー埋め込み 糖尿病 腎臓病・透析中  
前立腺肥大症 精神疾患 ( \_\_\_\_\_ ) 癌 ( \_\_\_\_\_ )  
その他 ( \_\_\_\_\_ ) ]

## 3. 現在、飲んでいる薬がありますか(お薬手帳があればお出し下さい)

いいえ・はい (薬剤名: \_\_\_\_\_ )

\*はいの方、血液がサラサラになる薬を服用していますか いいえ・はい

## 4. 今までに薬や食品でアレルギーを起こされたことがありますか

いいえ・はい (薬剤名: \_\_\_\_\_ 食品名: \_\_\_\_\_ )

## 5. 過去に病気やケガで入院や手術を受けたことがありますか

いいえ・はい (病名: \_\_\_\_\_ )

## 6. 10日以内に、海外へ行きましたか

いいえ・はい (国名: \_\_\_\_\_ )

## 7. 嗜好品について

お酒は 飲まない・飲む (1日 \_\_\_\_\_ 合 / 週 \_\_\_\_\_ 回)  
タバコは 吸わない・吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本) ・過去に吸っていた (1日 \_\_\_\_\_ 本 / 年間)

## 8. 女性の方にお聞きます

妊娠中ですか いいえ・はい (現在 妊娠 第 \_\_\_\_\_ 週)

授乳中ですか いいえ・はい ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日出産)

## 9. その他、気になることやご要望があればお書き下さい

[ \_\_\_\_\_ ]