

消化器内科問診票

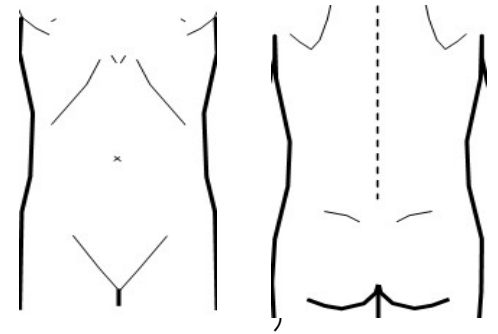
(ご記入日) 令和 年 月 日 体温 _____ °C

フリガナ									
患者氏名				男・女	生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
住所	〒								
電話	(携帯)			(自宅)					
緊急時に当院から連絡させていただくご本人様以外のお電話番号(ご家族など)									
電話					続柄				

身長 cm 体重 kg 喫煙 吸わない 吸う 本/日
 飲酒 飲まない 飲む 1日の飲酒量 ビール・日本酒・その他 () ml・合

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？以下の項目にチェックをしてください。

- (a) おなかの調子が悪い
 (b) その他の症状のため
 (c) 健康診断などで異常を指摘された
 (d) 他院からの紹介状を持ってきた



(a) のおなかの調子が悪い方、以下にご記入して下さい

- いつ頃からですか？ (
- どのような症状ですか？(複数回答可能)
 - 腹痛：痛い場所を右上の図に斜線で記入してください
 - 便秘：排便回数は週()回くらい
 - 下痢：1日()回くらい
- その他、下記に当てはまる症状がありましたら○を付けてください

発熱、吐き気、嘔吐、つかえ感、胸やけ、胃もたれ、胃痛、胸痛、背部痛
 腹部膨満感、血便、食欲不振、全身倦怠感、黄疸、肝機能異常
 その他 _____

(b) の方は具体的な症状をお書きください

(c) の方は指摘された臓器に印を付けてください

食道 胃 大腸 胆のう すい臓 肝臓 その他 ()

(d) で症状があるかたは上記問診に記入してください

裏面もご記入下さい→

2. これまでに当院又はみと肛門クリニックに受診したことはありますか？

ある→（川崎病院・みと肛門クリニック） ない

※その際に手術されましたか？ はい いいえ

3. 現在治療している病気又は過去に治療していた病気はありますか？

ない

ある→ 心臓病 高血圧 前立腺肥大症 糖尿病 喘息

緑内障 脳疾患 高脂血症 その他の病気（ ）

4. 現在服用中のお薬はありますか？

ない ある：（薬品名： ）

お薬手帳を受付へご提示ください

5. 過去に手術を受けたことがありますか？

ない ある→いつ頃（ ）手術部位（ ）

6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことはありますか？

ない ある 薬や食べ物の名前（ ）

7. 血のつながりのある家族のかたで、癌や大きな病気にかかれた方はいますか？

いない いる どなた（ ） 病名（ ）

8. 今回、希望の検査はありますか？

特にない 胃カメラ 胃レントゲン 大腸カメラ

超音波 CT 血液検査 その他（ ）

9. 女性の方のみお答えください

◆妊娠中ですか？ はい いいえ 不明 ◆授乳中ですか？ はい いいえ

◆月経 順調 不順 最終月経（ 月 日 ~ 月 日） ◆閉経（ 才）

※妊娠の可能性がある場合は必ず診察時に申し出てください

10. マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による情報所得に同意しますか？

いいえ はい

当院は診療情報を所得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします

11. 当院を受診したきっかけは何ですか？（複数回答可）

人づてに 看板 ホームページ 講演会 雑誌

ご記入ありがとうございました