

# ひらいで消化器・内視鏡クリニック 問診票

|               |                          |                                                                                                    |    |     |    |  |
|---------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|----|--|
| (ふりがな)<br>お名前 |                          |                                                                                                    | 性別 | 男・女 | 職業 |  |
| 生年月日          | (大正 昭和 平成 令和) 年 月 日 ( 歳) | 身長                                                                                                 | cm |     |    |  |
|               |                          | 体重                                                                                                 | Kg |     |    |  |
| 住 所           | (〒 - ) 市 区               |                                                                                                    |    |     |    |  |
| 電話番号          | (自宅)<br>(携帯)             | 当クリニックから連絡しても良いご連絡先: <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯<br>連絡しても良い時間帯: ( ) 時頃 |    |     |    |  |

- ◆ 今日はどのような症状でいらっしゃいましたか？当てはまるものに✓をつけてください。
- ☐ 腹痛      ☐ 吐き気      ☐ 嘔吐      ☐ 胸やけ      ☐ もたれ      ☐ 満腹感
- ☐ 食欲不振      ☐ 下痢      ☐ 便秘      ☐ 血便      ☐ ぢ
- ☐ 発熱 現在 度      ☐ 頭痛      ☐ 鼻水      ☐ 咳      ☐ 痰      ☐ のどの痛み
- ☐ ケガ ( )
- ☐ その他 ( )
- ◆ 症状はいつから出ましたか？ 日前頃から ( 月 日頃から)
- 最近の 食欲 ( 良 ・ 普通 ・ 低下 )      睡眠 ( 良 ・ 普通 ・ 低下 )
- ◆ 最後に食事をとったのはいつですか？ ( 月 日 時頃)
- ◆ お通じについて教えてください。
- 排便回数 (1 日 回)      毎日排便がない方⇒ ( 日に 1 回)
- 便の状況 (硬い・普通・軟らかい・下痢・下痢と便秘を繰り返す)      その他 ( )
- ◆ いままでにかかった病気・現在治療中の病気はありますか？
- ☐ 高血圧      ☐ 糖尿病      ☐ 心臓病      ☐ 喘息      ☐ 緑内障      ☐ 前立腺肥大症
- ☐ 胃・十二指腸潰瘍      ☐ 大腸ポリープ      ☐ がん      ☐ その他 ( )
- 上記の病気はいつ頃ですか？ 頃
- ◆ 現在服用しているお薬はありますか？
- ☐ ない      ☐ ある (種類 )
- \* 「ある」方はお薬手帳を受け付けに一緒に提出してください。
- ◆ お薬や食べ物で具合が悪くなったこと(アレルギー)はありますか？
- ☐ いいえ      ☐ はい (食べ物 ) (お薬 )
- ◆ いままでに入院・手術をされたことがありますか？
- ☐ いいえ      ☐ はい (病名 ) (いつ頃 )
- ◆ 血縁関係の方で下記の病気になったことがある場合は教えてください。
- ☐ 高血圧 ( )      ☐ 糖尿病 ( )      ☐ 心臓病 ( )      ☐ がん ( )
- ☐ その他 ( )
- ◆ 以下の検査を受けたことがあればご記入ください
- 胃カメラ検査 ( 無 ・ 有 ) ( 年 月頃)      ピロリ菌検査 ( )
- 大腸カメラ検査 ( 無 ・ 有 ) ( 年 月頃)      ( )
- 胃バリウム検査 ( 無 ・ 有 ) ( 年 月頃)      便潜血検査 ( 無 ・ 有 ) ( 年 月頃)
- ◆ 女性にお尋ねします。
- ☐ 妊娠中 ( ) か月      ☐ 授乳中      ☐ 妊娠の可能性なし
- ◆ その他、何かございましたらご記入ください。
- 【

※ ご不明な点がございましたら記入せず受付にお持ちください。スタッフがおうかがい致します。

看護師が問診に伺わせていただきます。他の方に聞かれたくない内容がある場合には、お申し出ください。