

③ 内科（消化器科（胃・腸・便の異常））問診票

(紹介状) 無・有 (フィルム・CD-R) 無・有 / (返却不要・要) (ADL) 独歩・車椅子
記入年月日 年 月 日 ※体温・血圧・脈拍は当日内科受付で記入します。
(氏名) (年齢) 才 ID: 受付No.

(体温) °C (脈拍) 回/分
(性別) 男・女 (身長) cm (体重) kg (血圧) / (SpO2) %~ %

① **どんな症状ですか？** あてはまるところを○で囲んでください。(複数可)

定期検査
(胃カメラ・大腸カメラ 前回 年 月) だるさ・倦怠感
健診異常で自覚症状 (なし・あり) 腹痛 (左・右 / へその上 ・ へその下)
食欲不振 お腹がはる
胸やけ・胃もたれ 下痢・水様便・泥状便(日前~回数 回)
吐き気 便秘 (日前~最終排便 日前)
おう吐 (日前~ 回数 回) 便に血が混じる (血の量は 多い ・ 少ない)
体重変化 (ヶ月で kg 増・減)
その他 ()

② **いつ頃から症状がありますか？**

年 月 日 午前・午後 : 頃

③ **大きな病気をしたことがありますか？**

(なし・あり) ↓「あり」の方はご記入下さい。

| 病名 | 年齢 | 手術 | 病院 |
|-----|------|-----|-----|
| [] | []才 | 無・有 | [] |
| [] | []才 | 無・有 | [] |
| [] | []才 | 無・有 | [] |
| [] | []才 | 無・有 | [] |

④ **今飲まれているお薬はありますか？**

(なし・あり) ↓「あり」の方はお薬手帳を提示下さい。お持ちでない方はご記入下さい。

| 病名又はお薬の名前 | 病院 |
|-----------|-----|
| [] | [] |
| [] | [] |
| [] | [] |
| [] | [] |

⑤ **アレルギーや、お薬・注射で具合が悪くなったことがありますか？**

(なし・あり) ↓「あり」の方は詳細記入下さい。 例：○○で湿疹 △△で吐き気 ()

⑥ **たばこを吸いますか？**

(吸わない・禁煙した・吸う) ↓「禁煙した・吸う」の方は詳細記入下さい。

1日 本を 年間 又は 年前禁煙 (以前は1日 本を 年間)

⑦ **お酒を飲みますか？**

(飲まない・機会飲酒・飲む) ↓「飲む」の方は詳細記入下さい。

1日量は 日本酒 (合) 焼酎 (合) ウイスキー (合) ビール (ml)

⑧ **ご家族で右記病気の方はおられますか？ (心筋梗塞・脳梗塞・糖尿病・リウマチ・癌・肝炎・高血圧)**

(いない・わからない・いる) 誰が () 何の病気 ()
誰が () 何の病気 ()

⑨ **本日朝食は？** (食べていない・食べた 時頃)

⑩ **女性のみ 現在妊娠の可能性はありますか？** (なし・あり (最終月経 月 日))



* 0 1 0 6 0 1 0 0 0 2 7 0 1 *

ご協力ありがとうございました。