

初めてご来院される患者様の問診票

年 月 日

氏名 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 才 _____

【職業】 a. 会社員 b. 主婦 c. 学生 d. 無職 e. 医療従事者 f. その他 (_____)

クリニック使用欄
C
時間
新患登録
聞き取り

*当クリニックを初めて受診された経緯は? ※いずれか1つをお選びください。

- 1. 医師の紹介 病院・医院 _____ 先生 _____
- 2. 当クリニックを受診された方からの紹介 3. 松島病院（松島クリニック）を受診された方からの紹介
- 4. インターネット 5. 近いから

【当院までの通院時間】 約 時間 分

【過去1年以内に便潜血検査を受けられましたか】

- 1. 受けた.....①陽 性 ②陰 性
- 2. 受けていない

— あなたがより正確な診断と治療が受けられますように下記の事柄についてご記入ください—

【受診歴】今までに大腸内視鏡検査を受けたことがありますか

【該当する項目に○、なければ×をしてください】

- ある
 - 1. 松島クリニックにて _____ 年 _____ 月頃
 - 2. 松島ランドマーククリニックにて _____ 年 _____ 月頃
 - 3. 松島病院にて _____ 年 _____ 月頃
 - 4. その他 (_____ 病院にて) _____ 年 _____ 月頃
- ない

	B型肝炎	C型肝炎	梅毒	HIV
治療中				
治療済				
治療未				

【既往歴】今までに病気や手術をしたことがありますか

- ある
 - *脳血管領域 (脳梗塞 ・ 出血 ・ くも膜下出血)
 - *眼科領域 (緑内障)
 - *循環器領域 (狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 高血圧)
 - *呼吸器領域 (ぜん息)
 - *消化器領域 (胃・十二指腸潰瘍 ・ 胃炎 ・ 逆流性食道炎 ・ 大腸ポリープ ・ 大腸憩室 ・ 肝臓病)
 - *内分泌領域 (糖尿病 ・ 甲状腺疾患 [_____])
 - *泌尿器領域 (腎臓病 ・ 前立腺肥大)
 - *婦人科領域 (子宮筋腫 ・ 卵巣のう腫)
 - *その他 (_____)
 - *悪性疾患 あり (_____) ・ なし
 - *手術歴 あり (_____) ・ なし
- ない

【現病歴】現在治療中の病気はありますか

- ある
 - 病名 _____ 年 _____ 月ごろより
- ない
 - 病名 _____ 年 _____ 月ごろより
 - *常用している薬 _____

【アレルギー】体に合わない薬や食品のアレルギーはありますか?なければ×をしてください。

【受診理由】当クリニックを受診された理由は何ですか(症状も含め)?

胃痛 胃もたれ 吐気 嘔吐 胸やけ 酸っぱい/苦い水がこみ上げる 飲み込むとつかえる
 腹痛 腹部膨満感 便秘 下痢 下痢と便秘をくり返す 便が細い 排便時に出血する
 血便 黒色便 検診で異常を指摘された(食道・胃・十二指腸・便潜血) 再検査の予約
 その他 (_____)

【生活歴】現在の状態についてご記入ください

- *便通 1日 _____ 回、快便 下痢 便秘 血便 軟便
- *現在妊娠している可能性 有 ・ 無
- *現在授乳している 有 ・ 無
- *喫煙 1日 _____ 本 毎日
- *アルコール類 日本酒 ビール ウイスキー 焼酎 ワイン 量は1日 _____ 時々

【家族歴】家族(血縁)関係で、ガン・潰瘍性大腸炎・クローン病にかかった人はいますか、なければ×をしてください。

続柄 _____	病名 _____	続柄 _____	病名 _____
続柄 _____	病名 _____	続柄 _____	病名 _____