

1年以上ご来院されていない患者様の問診票

年 月 日

氏名 男・女 年齢 才

クリニック使用欄
C
時間
聞き取り

【職 業】(詳しくお書きください)

【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) *呼吸器領域 (ぜん息)
 - ない
 - *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

【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
-
-

【該当する項目に○、なければ×をしてください】

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

【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
.....