

問診票

ID No.

年 月 日

フリガナ	※必ず記入	生年月日	大正 昭和 平成 西暦	年 月 日	性別 男・女
お名前	様				

①身長・体重を教えてください	cm	kg
②今までかかった病気・治療中の病気について教えてください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ()	
③手術したことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> (胃・肝臓・胆のう・虫垂炎・大腸・ソケイヘルニア・痔・婦人科手術) (開腹・腹腔鏡) () <input type="checkbox"/> 乳がん(ひだり・みぎ) <input type="checkbox"/> 泌尿器の手術 <input type="checkbox"/> ペースメーカーの植え込み手術 <input type="checkbox"/> その他の手術 ()
④検査したことはありますか？	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 造影剤を使ったCT検査 <input type="checkbox"/> いずれもあてはまらない	
⑤薬歴について教えてください	<input type="checkbox"/> のんでいる薬はない <input type="checkbox"/> のんでいる薬があるが名前がわからない <input type="checkbox"/> のんでいる薬がある(お薬手帳をご提出ください) ()	
⑥血液をサラサラにする薬(抗凝固剤・抗血小板剤・サプリ)をのんでいますか？	<input type="checkbox"/> のんでいない <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> のんでいる ()	
⑦アレルギーについて教えてください	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 薬剤アレルギーがある () <input type="checkbox"/> 局所麻酔(歯科の麻酔など)で具合が悪くなったことがある <input type="checkbox"/> 造影剤(ヨードなど)で具合が悪くなったことがある <input type="checkbox"/> 食物のアレルギーがある () <input type="checkbox"/> その他 ()
⑧喫煙の有無について教えてください	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本 年間)	
⑨飲酒の有無について教えてください	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (/日)	
⑩「歯」について教えてください	<input type="checkbox"/> 取り外しできる入れ歯がある <input type="checkbox"/> ぐらつく歯・折れそうな歯がある <input type="checkbox"/> 差し歯やインプラントがある <input type="checkbox"/> いずれもあてはまらない	
⑪排便の状況を教えてください	便通は何回ですか？ 1日 ()回 ()日に1回 <input type="checkbox"/> 便秘と下痢の繰り返し 便の固さは？ <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかい <input type="checkbox"/> 水様	
⑫右記の症状がある方は教えてください	<input type="checkbox"/> おしりに痛みがある <input type="checkbox"/> おしりからの出血 <input type="checkbox"/> おしりからいぼが出る <input type="checkbox"/> いずれもあてはまらない	
⑬ピロリ菌の検査を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(陰性) <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> ある(陽性・除菌済) <input type="checkbox"/> 便検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> ある(陽性・未除菌) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 胃カメラの時の細胞検査	
⑭妊娠の状況について教えてください(女性の方のみの質問です)	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性はある <input type="checkbox"/> いずれもあてはまらない	
⑮当院では、原則的に病名をありのままにお話していますがよろしいですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑯診療について、ご意見・ご希望などございましたらご記入ください	()	