

問診票

カルテ No.

年 月 日

お名前	様	生年月日	大 昭	性別
			平 令	男・女
			年 月 日	
			西暦	

①身長・体重を教えてください c m k g

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

なし
心臓の病気 喘息 高血圧 糖尿病 脳卒中 緑内障
前立腺 腎臓病 甲状腺 その他 ()

③手術したことはありますか？ ない ある

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) いつ⇒
乳がん(ひだり・みぎ) いつ⇒
泌尿器の手術 いつ⇒
ペースメーカやステントの手術 いつ⇒
その他の手術() いつ⇒

④検査したことはありますか？

胃内視鏡検査 いつ⇒
大腸内視鏡検査 いつ⇒
造影剤を使ったCT検査 いつ⇒

⑤薬歴について教えてください

のんでいる薬はない
のんでいる薬があるが名前がわからない
のんでいる薬がある(お薬手帳をご提出ください)
 薬剤名()

⑥血液をサラサラにする薬(抗凝固剤・抗血小板剤・サブリ)をのんでいますか？

のんでいない わからない
のんでいる
 薬剤名()

⑦アレルギーについて教えてください ない ある

薬剤アレルギーがある()
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
造影剤(ヨードなど)で具合が悪くなったことがある
食物のアレルギーがある()
その他()

⑧喫煙の有無について教えてください 吸わない 以前吸っていた 吸う(1日 本 年間)

⑨飲酒の有無について教えてください 飲まない ときどき ほぼ毎日 (ml/日)

⑩「歯」について教えてください

取り外しできる入れ歯がある
ぐらつく歯・折れそうな歯がある
差し歯やインプラントがある
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
便秘と下痢の繰り返し
 便の固さは？
硬い 普通 やわらかい 水様

⑫右記の症状がある方は教えてください

おしりに痛みがある
おしりからの出血
おしりからいぼが出る
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？ ない

<input type="checkbox"/> ある (陰性) <input type="checkbox"/> ある (陽性・除菌済) <input type="checkbox"/> ある (陽性・未除菌)	検査方法	<input type="checkbox"/> 尿素呼吸試験 <input type="checkbox"/> 尿検査 <input type="checkbox"/> 便検査 <input type="checkbox"/> 血液検査 <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)

妊娠中 授乳中 妊娠の可能性はある
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？ はい 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