

*本日 紹介状、ドック・健診結果など をお持ちの方は先に受付にお出してください。

受診日： 年 月 日

消化器内科を受診される方へ

氏名 _____ (年齢 歳)
問診票 記入者 (本人 ・ 家族 ・ 代理人)

体温： _____℃

身長： _____cm

体重： _____kg

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認により診療情報及び薬剤情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。また、他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へお渡ししてください。

1. アレルギーはありませんか

1. のみ薬、注射薬のアレルギー(抗菌薬、造影剤、かぜ薬、痛み止め など)

☐ なし ☐ あり 薬品名 _____
症状 _____

2. 食物アレルギー(卵、乳製品、牛肉、そば、小麦、かに、えび、ピーナツなど)

☐ なし ☐ あり 食品名 _____
症状 _____

3. その他のアレルギー(アルコール、ゴム製品など)

☐ なし ☐ あり
物質名と症状 _____

2. 本日受診することになった主な症状についてお聞かせください

- ① どのような症状がありますか？(当てはまるものにチェックしてください)

☐ 吐き気 ☐ おう吐 ☐ げっぷ ☐ 食欲不振 ☐ のどのつかえ ☐ のどの違和感
☐ 吐血(血を吐いた) ☐ 胃痛 ☐ 胸やけ ☐ 胃もたれ感 ☐ 膨満感 ☐ 腹痛
☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 下血 ☐ ドック・ ☐ 健診 結果で受診を促されたため
☐ その他 ()

- ② 症状が出現している部位(場所)はどこですか？(当てはまるものにチェックしてください)

☐ 口元から食道にかけて ☐ 食道から胃にかけて ☐ 胃部周辺
☐ 上腹部(右側 中央 左側) ☐ 下腹部(右側 中央 左側) ☐ 肛門周囲
☐ その他 ()

- ③ その症状はいつ頃から出現していますか？

- ④ その症状は現在どのように出現していますか？

☐ 我慢できるが絶え間なく続いている ☐ 時間と共に強くなっている
☐ 少し和らいでいる ☐ 症状が出ている時と出ていない時がある(間欠的)
☐ 我慢できないぐらいに強い症状が続いている
☐ その他 ()

- ⑤ 吐血と答えられた方にお伺いします。吐いた血の色や状態、回数をお聞かせください

☐ 真っ赤な血 ☐ 黒っぽい血 ☐ 吐いたものに血が混じる 回数 (回)

- ⑥ 下血と答えられた方にお伺いします。排泄された血の色や状態、回数をお聞かせください

☐ 真っ赤な血 ☐ 黒い便が出た ☐ 便に血が混じる 回数 (回)

- ⑦ その症状に思い当たる理由がありますか？(ある なし)

⇒裏面に続きます

⑧ 最後に飲食をされた時間は何時頃ですか？ （ 日の 午前 午後 時頃 ）

⑨ 現在の症状について、他の病院や医院で診察を受けられましたか？ （ はい いいえ ）

⑩ 診察を受けられた病院・医院についてお答えください

3.今までにかかられた疾患についてお聞かせください

① 下記に示す病気と診断された、もしくは治療を受けておられる病気はありますか？（当てはまるものにチェックしてください、治療中であれば〔 治 〕を○で囲んでください）

☐ 心臟病〔治〕 ☐ 高血壓〔治〕 ☐ 腦卒中〔治〕 ☐ 糖尿病〔治〕 ☐ 貧血〔治〕

☐ リウマチ〔治〕 ☐ 結核〔治〕 ☐ 気管支喘息〔治〕 ☐ 腎臓病〔治〕

消化器の病気 □ 肝臓 [治] □ 胆嚢 [治] □ すい臓 [治] □ 胃 [治]

□ 十二指腸〔治〕 □ 大腸〔治〕 □ 虫垂〔治〕

その他 ()

② 現在、服用されている薬はありますか？ （ はい いいえ ）

本日、お薬手帳は持参されていますか？ ☐ 持参している → 受付にお出してください

☐ 持参していない→ ご記入ください

薬の名称：

4.今までに、手術を受けられたことはありますか？ (はい いいえ)

病名・手術名・手術を受けた時期

5. 普段の生活状況についてお聞かせください

睡眠： ☐ 良い ☐ 普通 ☐ 不眠（ 睡眠薬を常用 ☐ 時々飲む ☐ 飲んでいない ☐ ）

便通： 回／ 日（ 普通 黒色 白色 便に血が混ざる ）

食欲： ☐ ある ☐ 普通 ☐ 不振

タバコ： ☐ 吸う 本／日 喫煙歴 年 ☐ 止めた 喫煙歴 年 ☐ 吸わない

お酒: ☐ 飲む (毎日・週 日・時々) 種類 量 飲酒歴 年

☐ 飲まない・止めた 飲酒歴 _____ 年

6.血縁者（父母・兄弟・祖父母・おじ／おば）で下記の病気にかかれた方はおられますか？

☐ 心臟病 ☐ 高血壓 ☐ 腦卒中 ☐ 糖尿病 ☐ 喘息 ☐ 肝臟病

☐ がん〈部位: 〉 ☐ その他()

7.女性の方へお聞きします 現在、妊娠の可能性はございますか？（ある わからない なし）

8. 医師や看護師に対する希望があればご記入ください

ありがとうございました