

1. 胃内視鏡検査を受けたことがありますか？ 様

いいえ

はい → (回) 楽だった ・ 少し苦しかった ・ とても苦しかった

鎮静剤 (有 ・ 無) 最終検査日 年 月 頃 (当院 ・ 他院)

ピロリ菌検査歴 … 有 (陽性 ・ 陰性) 無

除菌歴 … 有 (成功 ・ 失敗) 無

2. 該当する症状があれば○をつけてください。

☐ 胸やけ、胃のもたれ、吐き気がある

☐ 貧血がある

☐ 食欲がなく、体重が減った

☐ 黒い便 (タール便) が出る

☐ みぞおちのあたりに痛みがある

☐ 腹部にしこりがある

☐ 下痢や便秘がよく起こる

☐ 胃が張ったような感じがする

☐ 血縁者に食道・胃癌になった人がいる

☐ 全身がだるい

3. 内視鏡検査や歯科の麻酔で何か身体的な異常がありましたか？

はい ・ いいえ

4. 今までにかかった病気について○をつけてください。

緑内障 (青そこひ) 前立腺肥大症 (尿が出にくい) 肝炎 (B 型、C 型)

不整脈 心筋梗塞 狭心症 脳梗塞 (脳卒中) 甲状腺機能亢進症

胸・腹部手術 (手術部位) 心臓・肺・腎臓疾患 ()

5. 現在、内服中のお薬はありますか？

はい (当院のみ ・ 他院あり) ・ いいえ

6. 抗凝固薬 (血液サラサラ) は服用していますか？

はい ・ いいえ

7. 鎮静剤を希望しますか？

はい ・ いいえ

8. 睡眠剤を内服していますか？

飲まない

ときどき飲む

毎日飲む

9. 飲酒をされますか？

飲まない

ときどき飲む

毎日飲む

10. 現在妊娠していますか？

はい ・ いいえ

11. 現在授乳中ですか？

はい ・ いいえ

1. 大腸カメラを以前受けたことがありますか？

いいえ

はい → (回) 楽だった ・ 少し痛かった ・ とても痛かった

腸の洗浄液を飲んで具合が悪くなった ・ 検査の後に気分が悪くなった

鎮静剤 (有 ・ 無) 最終検査日 年 月 頃 (当院 ・ 他院)

2. 該当する症状があれば○をつけてください。

☐ 腹痛がある☐ お腹が張っていて、便やガスがでにくい☐ 貧血がある☐ 便秘が続く☐ 食欲がなく、体重が減った☐ 血便が出た☐ 嘔吐がある☐ 急に便が細くなった☐ 血縁者に大腸がんになった人がいる☐ 全身がだるい

3. 今までにかかった病気について○をつけてください。

緑内障 (青そこひ)

前立腺肥大症 (尿が出にくい)

肝炎 (B型、C型)

不整脈

心筋梗塞

狭心症

脳梗塞 (脳卒中)

腹部手術 (手術部位

)

心臓・肺・腎臓疾患 ()

4. 現在、内服中のお薬はありますか？

はい (当院のみ・他院あり) ・ いいえ

5. 抗凝固薬 (血液サラサラ) は服用していますか？

はい ・ いいえ

6. 鎮静剤を希望しますか？

はい ・ いいえ

7. 眠剤内服していますか？

飲まない

ときどき飲む

毎日飲む

8. 飲酒をされますか？

飲まない

ときどき飲む

毎日飲む

9. 現在妊娠していますか？

はい ・ いいえ

10. 現在授乳中ですか？

はい ・ いいえ

問 診 表

令和 年 月 日

ふりがな		性 別	男 ・ 女
お名前	様	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 —		
電話番号	自 宅 () — 携帯電話 — —	体 温	℃

■健診結果や他医院からの紹介状はありますか？ ☐ なし ☐ あり

■マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか？ ☐ 同意する ☐ 同意しない

※当院は診療情報を取得・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をお願いします。

■いつからどのような症状がありますか？ 具体的にご記入ください。

★内服手帳の提出をお願いします。

■他の病院での治療・内服薬はありますか？

☐ は い

☐ い い え

病 名[

]

内服薬[

]

■手術歴・治療歴はありますか？

☐ は い ※具体的をお願いします ☐ い い え

■薬、食べ物のアレルギーなどで具合が悪くなったことはありますか？

☐ は い ※具体的をお願いします ☐ い い え

■本日は朝食を食べてきましたか？

☐ 食べてきた ☐ 食べてきていない

◎現在、妊娠中ですか？

☐ は い ☐ い い え

◎現在、授乳中ですか？

☐ は い ☐ い い え