

内視鏡問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		年齢	性別
氏名		歳	男・女

普段の血圧	/	mmHg
身長	cm	体重 kg

1. 血液をサラサラにする薬や抗凝固剤を飲んでいますか？ 「はい」の方、薬の名前は何ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬剤名()
2. 定期や頓服で服用している薬はありますか？ 「はい」の方、右に記載している薬を服用していますか？ (複数選択可)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ てんかん ・ 痛み止め アレルギー ・ 抗不安薬 ・ 糖尿病 ・ インスリン注射
3. 右に記載している病気と言われたことはありますか？	<input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> なし
4. お腹の手術をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい→手術名() <input type="checkbox"/> いいえ
5. 麻酔薬(キシロカイン)、卵、大豆アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい() <input type="checkbox"/> いいえ
6. (女性の方へ)授乳中や妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい(授乳中 ・ 妊娠の可能性) <input type="checkbox"/> いいえ

【胃カメラを希望される方はご記入ください】

1. なぜ検査を受けようと思いましたか？(複数選択可)	<input type="checkbox"/> バリウムで異常を指摘 <input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> 精査希望 <input type="checkbox"/> 定期検査(胃炎・食道炎・ポリープ) <input type="checkbox"/> ピロリ菌指摘あり <input type="checkbox"/> その他()
2. 何か症状はありますか？(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 胸焼け <input type="checkbox"/> ゲップ <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> むかつき <input type="checkbox"/> つかえ感 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> その他()
3. 「症状がある方」、いつからですか？	()から
4. 胃カメラを受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい→()年前 <input type="checkbox"/> いいえ
5. ピロリ菌の検査を以前受けたことはありますか？ 「はい」の方、検査や治療の結果はいかがでしたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ピロリ菌指摘なし <input type="checkbox"/> 除菌成功 <input type="checkbox"/> 除菌失敗 <input type="checkbox"/> 未治療・放置 <input type="checkbox"/> 薬を飲んだが効果判定はしていない

【大腸カメラを希望される方はご記入ください】

1. なぜ検査を受けようと思いましたか？(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> 定期検査(癌・炎症・ポリープ切除) <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 精査希望
2. 大腸カメラを受けたことはありますか？ その時、腸が長いと言われましたか？ 大腸ポリープを切除したことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい→()年前 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. 便の回数はどれくらいですか？ 便の硬さはいかがですか？ 下剤は服用されていますか？	()日に()回 <input type="checkbox"/> 硬め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> はい→薬剤名() <input type="checkbox"/> いいえ

問診票

年 月 日

フリガナ		性別	生年月日			
氏名		男・女	昭和 平成 令和	年	月	日生(歳)
住所	〒 -					
TEL	携帯	-	-	自宅	-	-

体調不良で受診される方は体温測定も願います 体温 _____ °C 血圧 _____ / _____ 心拍数 _____

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

- 症状があり来院
いつから 今日から 昨日から () 日前から その他()
症状 ()
- 健康診断等で異常を指摘された
 血液 食道・胃・十二指腸(バリウム) 大腸(便潜血) 肝臓、胆嚢、膵臓 尿検査
 その他()
- その他()

2. 本日の診療に関して

- 胃カメラや大腸カメラを希望→お手数ですが内視鏡問診票(裏面)の記入もお願いします 薬を希望
 エコー希望 血液検査希望 レントゲン希望 相談したい その他()

3. 今までにかかった病気や現在かかっている病気を教えてください

- 特になし 糖尿病 高血圧 脂質異常症 心疾患・不整脈 脳血管障害
 腎臓病 癌(癌) その他()

4. 他の病院、クリニックにかかっていますか？ いいえ はい()

5. 飲んでいる薬を教えてください (診察時にお薬手帳等を出して頂ければ記入する必要はありません) ()

6. アレルギーはありますか？ なし あり()

7. タバコは吸われますか？

- 吸わない 以前吸っていた(歳まで1日約 本)
 吸う(歳から1日約 本)

8. お酒は飲まれますか？

- 飲まない 時々飲む ほぼ毎日飲む (種類 _____ 量 _____)

9. 女性の方にお聞きします

- 妊娠の可能性はありますか？ ない ある・わからない
→妊娠している方は出産予定日を教えてください(月 日)
授乳中ですか？ いいえ はい

10. その他何かありましたらご記入下さい

()