

# 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. 血液をさらさらにする薬や抗凝固薬を飲んでますか？ 「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. 右に記載している病気と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 特にない
3. お腹の手術を受けたことがありますか？ 「はい」の方、手術内容は何ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 手術内容( )
4. 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
5. (女性の方のみ)授乳中や妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6. 検査を楽に行うための鎮静剤を希望されますか？ ※鎮静剤とは検査中の不安を鎮め、苦痛を感じにくくする薬です	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない、相談したい

## 【胃カメラを希望される方は記入してください】

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"/> フォローアップ(胃炎、食道炎、ポリープ) <input type="checkbox"/> ピロリ菌指摘あり <input type="checkbox"/> 精査希望 <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"/> ムカつき <input type="checkbox"/> つかえ感 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 特にない <input type="checkbox"/> その他( )
3 「症状のある」方、いつ頃からですか？	( )
4. 胃カメラを受けたことがありますか？ 「はい」の方、前回はいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( )年前 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 当院
5. ピロリ菌の検査を以前受けたことがありますか？ 「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"/> 薬飲んだが効果判定していない

## 【大腸カメラを希望される方は記入してください】

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"/> 便潜血でひっかかった <input type="checkbox"/> フォローアップ <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 <input type="checkbox"/> その他( )
2. 大腸カメラを受けたことがありますか？ 「はい」の方、前回はいつ頃ですか？ 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がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ( )年前 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 排便状況について質問させていただきます 便の回数はどれぐらいですか？ 便の硬さはいかがですか？ 下剤を内服されていますか？	( )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 <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	大正 昭和 平成	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( )
- 肛門の悩み→お手数ですが肛門科問診票(別紙)の記入もお願いします  
 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(別紙)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. 当院を何で知りましたか？

- 医師の紹介  知人の紹介  ホームページ  看板  チラシ  その他( )

## 11. その他何かありましたらご記入下さい

( )