

お名前(ふりがな) _____ 男・女 生年月日：T・S・H 年 月 日 (才)

住所(〒 _____)

電話(携帯) _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg 普段の体温 _____ °C

電話(自宅) _____ (外出時等連絡がとれますようにご記入をお願いします)

●下記問診の該当箇所を☑または記載ください。(匿名での対応をご希望の方は受付までお申し出ください)

来院目的	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 当日胃カメラ相談 <input type="checkbox"/> 大腸カメラ事前診察・相談	
I) 今日はどうされましたか?(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 健診にて指摘： <input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム)で指摘 <input type="checkbox"/> 便潜血陽性 <input type="checkbox"/> 肝機能高値 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 胃部不快感 <input type="checkbox"/> 喉の詰まり感 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> ゲップ過多 <input type="checkbox"/> 黒色便 <input type="checkbox"/> 背部痛 <input type="checkbox"/> 膨満感 <input type="checkbox"/> 吐き気	
	<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 腹部膨満感 <input type="checkbox"/> 血便	
	<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> かぜ症状 <input type="checkbox"/> 発熱 ※当院ではインフルエンザ・コロナの検査は行っておりません	
上記に当てはまらない症状があれば記入ください		
症状はいつからですか?	<input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> ()日・週・月・年前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ()	
II) 現在治療中や今までにかかったことのあるご病気はありますか?(お腹の手術歴等ある方は詳しく記載してください)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい： <input type="checkbox"/> がん() <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 虫垂炎()歳 <input type="checkbox"/> 帝王切開()歳 <input type="checkbox"/> その他の手術歴：()
III) 今、服用している薬(血液がサラサラになる薬・胃薬・抗生剤等)がありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい：薬名() <input type="checkbox"/> 血液がサラサラになる薬 <input type="checkbox"/> 胃薬 <input type="checkbox"/> 抗生剤 ※お薬手帳等持参されている方はご提示いただければ記載は不要です
IV) 薬のアレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい： <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> その他()
V) 食べ物のアレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい：()
VI) 血縁者に次のご病気の方はいますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい：↓該当者・病気に☑または記載ください 【 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟()】 <input type="checkbox"/> がん() <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病
VII) お酒を飲まれますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 飲む 何を：ビール・ハイボール・日本酒・焼酎・ワイン(複数可) 量： _____ ml× 本 頻度：毎日・週 _____ 回× 年間 <input type="checkbox"/> 機会飲酒
VIII) たばこを吸われますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい _____ 本/日× _____ 年間 <input type="checkbox"/> 今はやめている _____ 本/日× _____ 歳まで(_____ 年間)
IX) この1年で健診(特定健診等)を受けたことがありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい いつ頃：() 結果・指摘事項： <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> あり()
X) できれば避けてほしい(苦手な)お薬はありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 漢方薬 <input type="checkbox"/> 粉薬 <input type="checkbox"/> 水薬 <input type="checkbox"/> カプセル <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> ()
XI) 女性の方へ 現在、妊娠・授乳されていますか?	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠中(_____ ヶ月) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり ※お薬の処方や内視鏡検査等に制限がある場合があります

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いたします。

※内視鏡検査を受ける・相談の方は裏面もご記入ください

●胃カメラを受けられる方・ご相談の方

<p>I) 胃カメラを受けたことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p><input type="checkbox"/>はい：最終の検査日：□ 年 月 <small>(いずれか1つ)</small> □ ()年前 □ ()歳 検査結果：□異常なし □逆流性食道炎 □胃炎 □胃ポリープ □胃潰瘍 □十二指腸潰瘍 □その他()</p>
<p>II) 胃透視(バリウム)検査を受けたことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p><input type="checkbox"/>はい：最終の検査日：□ 年 月 <small>(いずれか1つ)</small> □ ()年前 □ ()歳 検査結果：□異常なし □胃炎(疑い) □胃ポリープ(疑い) □胃潰瘍(疑い) □十二指腸潰瘍(疑い) □その他()</p>
<p>III) ピロリ菌の検査を受けたことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>不明</p>	<p><input type="checkbox"/>はい：<input type="checkbox"/>ピロリ菌陰性 <input type="checkbox"/>ピロリ菌陽性 <input type="checkbox"/>除菌成功(判定検査で確認済み) <input type="checkbox"/>除菌薬服用も判定検査は受けていない <input type="checkbox"/>除菌不成功 <input type="checkbox"/>除菌せず</p>
<p>IV) 検査方法の希望があればご記入ください</p>		<p>・麻酔(眠くなる)薬の使用：<input type="checkbox"/>使用する <input type="checkbox"/>使用しない <input type="checkbox"/>相談したい ・スコープ挿入部位：<input type="checkbox"/>口から <input type="checkbox"/>鼻から <input type="checkbox"/>相談したい</p>

●大腸カメラの事前診察・ご相談の方

<p>I) 大腸カメラを受けたことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p><input type="checkbox"/>はい：最終の検査日：□ 年 月 <small>(いずれか1つ)</small> □ ()年前、()歳 □不明 検査結果：□異常なし □痔核 □憩室 □腸炎 □大腸ポリープ(切除)→(良性・悪性) □潰瘍性大腸炎 □大腸がん □その他()</p>
<p>II) 便潜血検査を受けたことはありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p><input type="checkbox"/>はい：最終の検査日：□ 年 月 <small>(いずれか1つ)</small> □ ()年前、()歳 □不明 検査結果：□異常なし □陽性</p>
<p>III) 腹痛・血便・便が細い症状はありますか？</p>	<p><input type="checkbox"/>いいえ</p>	<p><input type="checkbox"/>はい：<input type="checkbox"/>腹痛→(常に・時々・たまに) <input type="checkbox"/>血便→量(便器が真っ赤・便に少し付着 ペーパーに少し付くくらい) 色(鮮血(真っ赤)・赤黒い) <input type="checkbox"/>便が細い</p>
<p>IV) 普段の排便状況はいかがですか？</p>		<p>回数：毎日・()日に1回 形状：硬便(コロコロ便)・普通便・軟便・粘液便・下痢 便秘薬の服用：<input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p>