

《 消化器科 ・ 問診票 》

お名前 _____ () 才 男・女 _____ 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご職業() 身長(cm) 体重(kg) 来院時の体温(°C)

(1) いつから、どこが、どのように具合がわるいですか？

以下の質問には○でお答え下さい。

(2) 薬や食べ物でアレルギー等の副作用が出た事がありますか？
ある (薬・食物名) ない

(3) 今までに大きな病気をした事がありますか？ ある ない

★ (3) の質問で『ある』に○印を付けた方は、下記もご記入下さい。

いつ頃： 入院 (有 ・ 無)

病名： 手術 (有 ・ 無)

(4) 現在当院または他院にて治療中の病気がありますか？
ある 病名 () ない

(5) 現在使用している薬はありますか？ ある 薬名 () ない

(6) タバコは吸いますか？ はい (1日 本位) いいえ 以前吸っていた

(7) お酒は飲みますか？ 飲まない 時々飲む 毎日飲む (どのくらい)

(8) 癌など悪性疾患と診断された場合、告知を希望されますか？ はい いいえ

(9) 治療上どうしても輸血が必要な場合は同意されますか？ はい いいえ

(10) 輸血をした事がありますか？ はい いいえ

(11) 女性の方にお聞きします。妊娠の可能性はありますか？

ある ない (最終月経 年 月 日)

(閉経 歳)

(12) 現在、授乳中ですか？ はい いいえ

(13) 特に医師に知らせたい事がありましたらご記入下さい。