

# 消化器内科 問診票

お名前 \_\_\_\_\_ ( ) 歳 \_\_\_\_\_ 20 年 月 日

身長 ( \_\_\_\_\_ cm )、体重 ( \_\_\_\_\_ kg )、来院時の体温 ( \_\_\_\_\_ °C )

住所に変更のある方は、記入してください。

〒 \_\_\_\_\_

1. いつから、どこが、どのように具合が悪いですか

{ \_\_\_\_\_ }

2. アレルギーはありますか

( ない・ある ) 薬 ( \_\_\_\_\_ )、食べ物 ( \_\_\_\_\_ )、その他 ( \_\_\_\_\_ )

3. 今までに大きな病気にかかったことはありますか

( ない・ある ) ( 病名 : \_\_\_\_\_ )、手術 ( ない・ある )

( 時期 : \_\_\_\_\_ )、入院 ( ない・ある )

4. 現在治療中の病気がありますか

( ない・ある ) ( 病 名 : \_\_\_\_\_ )

( 病院名 : \_\_\_\_\_ )

5. 現在使用している薬はありますか

( ない・ある ) ( 薬名 : \_\_\_\_\_ )

6. たばこは吸いますか

吸わない ・ 以前吸っていた ( \_\_\_\_\_ 歳 ) ・ 吸う ( 1日 \_\_\_\_\_ 本位 )

7. 同居のご家族でタバコを吸っている方はいますか ( \_\_\_\_\_ いる ・ いない )

8. 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 \_\_\_\_\_ )

9. 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 )

10. 治療上、どうしても輸血が必要な場合、同意されますか ( はい ・ いいえ )

11. 輸血をした事がありますか ( はい ・ いいえ )

12. 妊娠の可能性はありますか ( ある ・ ない )

( 最終月経 : 20 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )、( 閉経 : \_\_\_\_\_ 歳 )

13. 現在授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

14. 特に医師に知らせたい事がありましたらご記入ください

{ \_\_\_\_\_ }