

1. 胃内視鏡検査を受けたことがありますか？ _____ 様

いいえ

はい → (回) 楽だった ・ 少し苦しかった ・ とても苦しかった

静脈麻酔 (有 ・ 無) 最終検査日 年 月 頃 (当院 ・ 他院)

ピロリ菌検査歴 (有 ・ 無) 除菌歴 (有 (成功 ・ 失敗) ・ 無)

2. 該当する症状があれば○をつけてください。

胸やけや胃のもたれ、吐き気がある

貧血がある

食欲がなく、体重が減った

黒い便 (タール便) が出る

みぞおちのあたりに痛みがある

腹部にしこりがある

下痢や便秘がよく起こる

胃が張ったような感じがする

血縁者に食道・胃癌になった人がいる

全身がだるい

3. 内視鏡検査や歯科の麻酔で何か身体的な異常がありましたか？

はい ・ いいえ

4. 今までにかかった病気について○をつけてください。

緑内障 (青そこひ) 前立腺肥大症 (尿が出にくい) 肝炎 (B 型、 C 型)

不整脈 心筋梗塞 狭心症 脳梗塞 (脳卒中)

胸・腹部手術 (手術部位) 甲状腺機能亢進症

5. 現在、内服中のお薬はありますか？

はい (当院のみ ・ 他院あり) ・ いいえ

6. 抗凝固薬 (血液サラサラ) は服用していますか？

はい ・ いいえ

7. 鎮静剤 (静脈麻酔) を希望しますか？

はい ・ いいえ

8. 睡眠剤を内服していますか？

飲まない

ときどき飲む

毎日飲む

9. 飲酒をされますか？

飲まない

ときどき飲む

毎日飲む

1. 大腸カメラを以前受けたことがありますか？

いいえ

はい → (回) 楽だった ・ 少し痛かった ・ とても痛かった

腸の洗浄液を飲んで具合が悪くなった ・ 検査の後に気分が悪くなった

静脈麻酔 (有 ・ 無) 最終検査日 年 月 頃 (当院 ・ 他院)

2. 該当する症状があれば○をつけてください。

腹痛がある

お腹が張っていて、便やガスがでにくい

貧血がある

便秘が続く

食欲がなく、体重が減った

血便が出た

嘔吐がある

急に便が細くなった

親近者に大腸がんになった人がいる

全身がだるい

3. 今までにかかった病気について○をつけてください。

緑内障 (青そこひ)

前立腺肥大症 (尿が出にくい)

肝炎 (B型、C型)

不整脈

心筋梗塞

狭心症

脳梗塞 (脳卒中)

腹部手術 (手術部位

)

4. 現在、内服中のお薬はありますか？

はい (当院のみ ・ 他院あり) ・ いいえ

5. 抗凝固薬 (血液サラサラ) は服用していますか？

はい ・ いいえ

6. 鎮静剤 (静脈麻酔) を希望しますか？

はい ・ いいえ

7. 眠剤内服していますか？

飲まない

ときどき飲む

毎日飲む

8. 飲酒をされますか？

飲まない

ときどき飲む

毎日飲む

問 診 表

令和 年 月 日

ふりがな		性 別	男 ・ 女
お名前	様	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 -		
電話番号	自 宅 () - 携帯電話 - -	平 熱	℃

■いつからどのような症状がありますか？具体的にご記入ください。

[]

★お薬手帳の提出をお願いします。

■他の病院での治療・内服薬はありますか？

いいえ はい

病 名[]

内服薬[]

■手術歴・治療歴はありますか？

いいえ はい ※具体的をお願いします

[]

■薬、食べ物のアレルギーなどで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい ※具体的をお願いします

[]

■本日は朝食を食べてきましたか？

食べてきた 食べてきていない

■女性の方のみお尋ねします。

◎現在、**妊娠中**ですか？

いいえ はい

◎現在、**授乳中**ですか？

いいえ はい

問 診 表 令和 年 月 日

来院時間 時 分

ふりがな		性 別	男 ・ 女
お名前	様	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 - 車番 ()		
電話番号	自 宅 () - 携帯電話 - -	平熱	℃

現在の体温 ℃

解熱剤(鎮痛剤)の服用がある

2週間以内に県外(市外)の方と接触がある。

風邪の症状や発熱が4日以上続いている。(/ ~ /)
(咳 ・ 痰 ・ 咽頭痛 ・ 鼻水)

強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある。

高齢者や基礎疾患等があり、上記の症状が2日程度続く方。

参考: 高齢者 糖尿病 心不全 透析 免疫抑制 その他

薬のアレルギー

聞き取りNs()