

問診票

ふりがな 名前：	生年月日 年 月 日	性別 男・女	職業
住所：〒		電話番号	

① 受診理由 以下、当てはまる□にチェック（✓）してお答え下さい

- 症状あり
- のど、むね→ のどの違和感、 胃酸の逆流症状、 その他（ ）
- おなか→ 胃の痛み/違和感、 下腹部の痛み/違和感、 便秘、 下痢、 残便感
 その他（ ）
- おしり→ 下血、 腫れ、 痛み/違和感、 かゆみ、 その他（ ）
- その他（ ）

症状出現日 _____ 前から

- 内視鏡検査予約（ 胃カメラ、 大腸カメラ）
- 薬の処方
- その他（ ）

② おしりの症状があるかた

- 肛門診察を希望 する しない 医師の判断
- 女医希望（女性のみ、女医出勤日のみ） あり なし 早い方

③ 既往歴（今現在、もしくは今までにかかったことがある病気、手術歴などあればお書き下さい）

（ ）

血液をサラサラにする薬の内服 なし あり 薬剤名（ ）

④ 検査歴

- 胃カメラ なし あり _____ 年前
- ピロリ菌 なし あり →ありの方は除菌 済 不成功 不明
- 大腸カメラ なし あり _____ 年前

⑤ アレルギー なし あり 具体名（ ）

⑥ 妊娠中 いいえ はい（____週目）、授乳中 いいえ はい

⑦ その他何かあればお書きください

（ ）