

# 内科・外科問診票

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒 —		
電話番号			

本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

- 胃腸の悩み（腹痛 胃が痛い 胃もたれ 胃が重い お腹がはる 胸やけ 吐き気 便秘  
便に血が混じる 食欲低下 下痢 体重が減った 顔色が黄色いといわれる）  
胃カメラ希望 大腸内視鏡希望  
肛門の悩み（痛み 出血 いぼが出る かゆみ）  
外科の悩み（打撲 切り傷 擦り傷 出血 やけど傷 発疹 皮膚のしこり 皮膚のかゆみ）  
 （場所： \_\_\_\_\_）  
乳腺の悩み（しこり 乳頭から分泌物 痛み その他（ \_\_\_\_\_ ））  
かぜの悩み（熱（ \_\_\_\_\_ °C）せき・たん のどの痛み 鼻汁 鼻つまり アレルギー症状）  
胸痛 心臓がドキドキする 息切れ むくみ  
腰痛 関節痛 肩痛  
頭痛（拍動性 片側性 吐き気 日常生活困難）  
めまい（ぐるぐる回る ふらふらする） しびれ 足がつる 足がムズムズする  
不眠（寝つきが悪い 夜間目が覚める 熟睡できない）  
寝汗・ほてり 体がだるい 尿が近い 排尿時痛みがある  
血圧が高い 血糖が高い 脂質が高い  
検診希望 自由診療希望（AGA ED プラセンタ にんにく注射）  
検診で要精密検査の指示を受けた その他（ \_\_\_\_\_ ）

症状はいつ頃からありますか？約（ \_\_\_\_\_ ）日・週間・カ月・年前から

特に調べてほしいこと、検査、治療がありましたらご記入ください。

過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？

なし あり（ \_\_\_\_\_ ）

現在、治療中の病気はありますか？

なし あり（ \_\_\_\_\_ ）

現在、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり ( )

喫煙、飲酒について教えてください

喫煙：吸わない 吸う ( 本/日 × 年間)

禁煙した ( 年前から。それまで喫煙 ( 本/日 × 年間) )

飲酒：飲まない 飲む (週 日) 種類・量 ( )

お薬・食べ物のアレルギーはありますか？

なし あり ( )

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

いいえ はい ( 妊娠中 妊娠の可能性あり 授乳中)

以前、胃カメラ・大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？

ない ある ( 胃 大腸) いつ頃受けられましたか？ ( )

血縁者 (両親・兄弟姉妹・祖父母) でがんにかかった方はいますか？

いいえ はい ( 父 母 兄弟姉妹 子 祖父母) ( ) がん)

当院をどちらでお知りになりましたか？

インターネット 看板 知人 通りがかり その他 ( )

※ご協力ありがとうございました。ご記入されました個人情報については当院での診療以外には使用いたしません。