

消化器病センター(外科 ・ 消化器内科)初診問診票

身長 ()cm

体重 ()kg

()ヶ月 / ()年で ()kg

増 減 増減なし

緊急連絡先 ① 氏名 () (続柄)

② 氏名 () (続柄)

1.症状について なし あり

■「なし」の場合 健診で指摘 その他()

■「あり」の場合 症状をご記入ください。(例:●月▲日からお腹が痛む、胃もたれする、など)

■その症状はいつごろからありますか？

2.現在治療中の病気はありますか？ なし あり

高血圧 糖尿病 貧血 前立腺肥大 肝炎(型肝炎)

緑内障 心筋梗塞 狭心症 脳梗塞 肺気腫 喘息

その他()

■通院中の医療機関名 ()

■今まで内視鏡検査を受けたことがありますか？ なし あり

胃カメラ(時期) ピロリ菌除菌 なし・あり(時期)

大腸カメラ(時期)

■今まで手術を受けたことがありますか？ なし あり

病名: / 時期() 治療病院()

■手術は受けていないが入院するような病気にかかったことはありますか？

病名: / 時期() 治療病院()

3.現在服用中のお薬はありますか？ なし あり

お薬手帳をお持ちの方はコピーをとらせて頂きますのでご記入は不要です。

血液をサラサラにする薬 なし あり(薬剤名)

血糖を下げる薬・インスリン なし あり(薬剤名)

血圧を下げる薬 なし あり(薬剤名)

その他(サプリメント含む) なし あり(薬剤名)

4.薬や食べ物でアレルギーはありますか？ なし あり

お薬() 金属 ゴム アルコール消毒

食べ物() その他()

■造影剤を使ったCTやMRI検査を受けた際にアレルギー症状がでたことはありますか？

ない ある(検査名:)(症状:)

5.飲酒歴・喫煙歴など生活について教えてください。

お住まい 一人暮らし 家族と同居() と同居)

職業 () ※現在無職の方は以前の職業をご記入ください。

タバコ: 吸わない 過去に吸っていた(1日 本 歳まで) 吸う(1日 本)

飲酒: 飲まない 機会飲酒 飲む(1日量:)

6.ご家族で癌などの大きな病気にかかった方はいますか。例:父:胃癌 祖母(母方):大腸癌

父母: なし あり() 兄弟: なし あり()

子供: なし あり() その他 なし あり()

7.がんの告知を希望しますか？ する しない(に伝えてほしい)

*がん告知を希望しない方は必ず伝える方をご記入ください。

気になることがございましたら、ご記入ください。