

患者 ID :

消化器・肝臓内科外来 問診票

記入年月日 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳  
身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 一ヶ月以内の海外渡航歴  ある  ない

1) いつからどのような症状がありますか？または、どのようなことでお困りですか？

\_\_\_\_\_

2) 過去に病気やケガ・手術をしたことがありますか？  ある ・  ない

病名 : \_\_\_\_\_ 手術内容 : \_\_\_\_\_

3) 輸血をうけたことがありますか？  ある ・  ない

4) 現在、他の科や他の病院で治療中の病気がありますか？  ある ・  ない

病名 : \_\_\_\_\_

お薬は飲んでいますか？  飲んでいる ・  飲んでいない

5) 定期的に健診を受けていますか？

健診で異常があればその内容 : \_\_\_\_\_

6) 薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？  ある ・  ない

なんのお薬でしたか？ : \_\_\_\_\_

7) アレルギーはありますか？  ある ・  ない

なんのアレルギーですか？ : \_\_\_\_\_

8) アルコールは飲みますか？  飲む ・  まったく飲まない ・  過去飲んでいた

飲む頻度はどれくらいですか？ : 1週間に ( ) 日 ・ ( )

1日にどのくらい飲みますか？ : 1日に ( ) ml ・ ( )

何年くらい続けていますか？(続けていましたか?) : \_\_\_\_\_

9) タバコは吸いますか？

吸う [ 1日 ( ) 本 ( ) 年間 ] ・  吸わない

過去吸っていた [ 1日 ( ) 本 ( ) 年間 ]

10) 血の繋がりのある人で以下の病気で通院、もしくは亡くなった人はいますか？

高血圧 ・  糖尿病 ・  肝臓病 ・  癌 (誰がどこの癌ですか？ )

11) あなたは癌の告知を希望しますか？  希望する ・  希望しない

★女性の方のみお答えください。

・妊娠中ですか？

はい ・  いいえ

・現在、妊娠の可能性はありますか？

ある ・  ない

・生理はありますか？

順調 ・  不順 ・  閉経

