

旭川消化器肛門クリニック

本日はどのような理由で受診されましたか？

下記の中であてはまるものがあれば○をつけてください。

- 1 ・ お尻について (出血 ・ 肛門 ・ 痔 など)
- 2 ・ お腹について (腹痛 ・ 便秘 ・ 下痢)
- 3 ・ 胃について (胃痛 ・ 吐き気 ・ 吐いた)
- 4 ・ 風邪の症状がある ・ 咳が出る ・ 鼻水がある ・ 頭痛
熱がある (度 分)
- 5 ・ 検査の希望 (胃の検査 ・ 大腸検査)
- 6 ・ 現在、妊娠していますか？ 悪い ・ いい

上記以外の症状があれば記入して下さい。

☆ 最後にお食事をしたのはいつですか？

昨夜 ・ 朝食 ・ 昼食 (時頃)

フリカナ

氏名

(生年月日) 明・大・昭・平成 年 月 日 (歳)

郵便番号 -

住所

電話番号 (自宅 ・ 携帯)

勤務先

問診票 (○か×でご記入下さい)

平成 年 月 日 氏名 ()歳

* 内視鏡検査(胃カメラ・大腸カメラ)を以前に受けたことがありますか? ()

* 受けたことがある場合、検査の途中で中断したりなどしましたか? ()

症状などがあった場合、詳しくご記入下さい

* 心臓が悪いと言われたことがありますか? ()

(狭心症・心筋梗塞・不整脈 など)

* 血圧が高いですか? (高血圧症など) ()

* 肺の疾患がありますか(慢性閉塞性肺疾患など) ()

* 眼圧が高いですか? (緑内障などがありますか?) ()

* 排尿困難がありますか(前立腺肥大症など) ()

* 鼻の通りが悪い・もしくは鼻の手術をした事がありますか? ()

* 鼻血が出やすいですか? ()

* 血液が止まりにくい薬を飲んでいませんか? ()

* 甲状腺機能亢進症(パセドウ病)といわれた事がありますか? ()

* 糖尿病がありますか? ()

* 麻酔で具合が悪くなった事がありますか?(歯科の治療も含む) ()

症状などがあった場合、詳しくご記入下さい

* ハッカ・ミント・小麦などのアレルギーがありますか? ()

* B型肝炎・C型肝炎と言われた事がありますか? ()

* 梅毒にかかっているとされた事がありますか? ()

* 女性の方に伺います。妊娠の可能性はありますか? ()

* 現在飲んでいるお薬があれば記入してください。お薬手帳があれば、見せて下さい