

## 旭川消化器肛門クリニック

令和 年 月 日

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 ・ 体調について ( 熱がある ( 度 分 )  
・ 咳が出る ・ 鼻水が出る ・ 頭痛がある )
- 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？ ( はい ・ いいえ )

☆ 最後にお食事をしたのはいつですか？

昨日	夕食	( 時頃 )
本日	朝食 ・ 昼食	( 時頃 )

上記以外の症状があれば記入して下さい。

-----  
-----

フリカナ

氏名

---

(生年月日) 明・大・昭・平・令 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)

令和 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? ( )
- \* 下剤(市販のものも含め)や浣腸などで具合が悪くなった事がありますか? ( )

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