

問診票（あてはまる箇所にチェック☑をいれてください）

氏名：	
①身長・体重を教えてください。	cm kg
②今までかかったあるいは現在かかっている病気はありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脳卒中（ <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 脳出血） <input type="checkbox"/> 心疾患（ <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心不全） <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 肝臓病（ <input type="checkbox"/> 型肝炎） <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> がん（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）	
③手術したことはありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 腹部の手術（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 乳がん（ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左） <input type="checkbox"/> ペースメーカー植え込み手術 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）	
④検査したことはありますか？（当院以外でも） <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 造影剤を使ったCT検査 <input type="checkbox"/> いずれにもあてはまらない	
⑤服用しているお薬はありますか？（お持ちの方はお薬手帳をご提示ください） <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> ）	
⑥血液をサラサラにする薬（抗凝固剤・抗血小板剤・サプリメント）をのんでいますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> わからない	
⑦アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 薬（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 麻酔（歯科麻酔など） <input type="checkbox"/> 食べ物（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）	
⑧タバコは吸いますか？ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた <input type="checkbox"/> 吸う（1日 本 年間）	
⑨アルコールは飲みますか？ <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> ときどき <input type="checkbox"/> ほぼ毎日（ <input type="checkbox"/> /日）	
⑩「歯」について教えてください <input type="checkbox"/> 取り外しできる歯がある <input type="checkbox"/> ぐらつく歯・折れそうな歯がある <input type="checkbox"/> いずれにもあてはまらない	
⑪排便の状況を教えてください 排便回数：（ <input type="checkbox"/> 日間に <input type="checkbox"/> 回） 便の性状： <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかい <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 便秘と下痢の繰り返し	
⑫下記の症状がある方は教えてください <input type="checkbox"/> おしりに痛みがある <input type="checkbox"/> おしりからの出血 <input type="checkbox"/> おしりからいぼが出る <input type="checkbox"/> いずれもあてはまらない	
⑬ピロリ菌の検査を受けたことはありますか <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある（ <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性未除菌 <input type="checkbox"/> 除菌済 <input type="checkbox"/> 除菌不成功 <input type="checkbox"/> 除菌判定未実施）	
⑭女性の方のみ妊娠の状況について教えてください <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性ある <input type="checkbox"/> いずれもあてはまらない	
⑮当院では、原則的に病名をありのままにお話していますがよろしいですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
⑯診察について、ご意見・ご希望などがございましたらご記入ください （ <input type="checkbox"/> ）	

