

# 問診票（外来）

患者ID	
薬情提出	済・未・無 後日 FAX/TEL
薬情ﾀｲﾌﾟ	

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_

## ●来院の目的を教えてください

肛門  胃  大腸  排便障害  定期検査  その他

いつ頃から（  
どのような症状ですか（

その他の来院目的をお書きください（

## ●内視鏡検査を受けたことがありますか？

大腸内視鏡検査  
いつ（最終）： \_\_\_\_\_ どこで： \_\_\_\_\_  
 胃内視鏡検査  
いつ（最終）： \_\_\_\_\_ どこで： \_\_\_\_\_  
 どちらもなし

## ●排便習慣について教えてください（①・②）

排便回数： \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 回  
便の硬さ：  普通  硬い  下痢  
 軟便～泥状（泥便）  
下剤の使用： あり  なし

## ●血縁関係の方に癌の方はいらっしゃいますか？

いいえ  はい（  
※どなたがどのような癌か記入してください

## ●アレルギーはありますか？

なし  
 あり（どのような場合にですか？

## ●現在、通院中の病気・内服している薬はありますか？

又、お薬手帳をお持ちの方は提示して下さい。  にし点をいれて下さい

	内服薬	薬剤名
<input type="checkbox"/> なし		
<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 脳梗塞	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 高脂血症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 心臓病 病名（ _____ ）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 上記以外の病気 病名（ _____ ）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

## ●いままで大きな病気をしたことがありますか？

なし  あり  
〈時期・病名〉 \_\_\_\_\_

## ●手術を受けたことはありますか？

なし  あり  
〈時期・病名・手術名〉 \_\_\_\_\_

## ●女性の方 妊娠中 授乳中（ \_\_\_\_\_ ヶ月） いずれもなし 不明

● 身長（ \_\_\_\_\_ cm） 体重（ \_\_\_\_\_ kg）

スタッフサイン \_\_\_\_\_