

## 問診票（消化器外科・外科）

フリガナ  
氏名

年齢 歳（男・女）

受診日 年 月 日

1	<p>本日はどうされましたか？それはいつ頃からですか？</p> <p>年 月 日頃から</p> <p style="text-align: right;">本日の体温 _____ °C</p>
2	<p>ケガをされた方は以下をご記入ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 部位（ _____ ）</li> <li>● ケガの原因（ _____ 月 _____ 日頃 _____ ）</li> </ul>
3	<p>二次検診および検査予約を希望ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 大腸カメラ <input type="checkbox"/> 血液検査</p> <p><input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> CT 検査</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>
4	<p>現在治療中、または今までかかった病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> 胃腸の病気 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脳血管障害</p> <p><input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 脂質異常</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>
5	<p>手術をされたことはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p> <p><input type="checkbox"/> はい（ _____ 年 _____ 月 _____ の手術： _____ 病院）</p>
6	<p>現在服用している薬はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（ _____ ）</p>
7	<p>薬や食べ物でアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬（ _____ ） 食べ物（ _____ ）</p>
8	<p>現在施設に入所中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい（施設名： _____ ）</p>
9	<p>女性の方のみお答えください。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 現在妊娠中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</li> <li>● 現在授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</li> </ul>