

# 消化器内科問診表

記入日 西暦 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 様 年齢 \_\_\_\_\_ 歳  
体温 \_\_\_\_\_ °C 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

① 本日はどのような症状で受診されましたか？

該当するものがあれば、○をつけてください。

1. 腹痛（痛む場所： \_\_\_\_\_ )
2. 吐き気・嘔吐（吐いた物の色： \_\_\_\_\_ )
3. 便の異常（便に血が混じる・便が黒い・便秘・下痢・その他： \_\_\_\_\_ )
4. 体が黄色い・白目が黄色い・尿の色が濃い
5. おなかが張る

② 症状はいつ頃からありますか？（例：1週間前からなど）

.....

③ どのようなときに症状がでますか？（例：空腹時、食後、排便時は毎回など）

.....

④ どれくらいの頻度で症状がでますか？（例：毎日、週に1～2回、月に1～2回など）

.....

⑤ お薬手帳は、本日お持ちですか？（ はい いいえ ）

⑥ 現在、服用されている薬はありますか？

- 当院の薬： ない ある（何科のお薬ですか？） \_\_\_\_\_ )  
他院の薬： ない ある（どこの病院のお薬ですか？） \_\_\_\_\_ )  
サプリメント等： ない ある（名前 \_\_\_\_\_ )  
市販の薬： ない ある（名前 \_\_\_\_\_ )

★他院の薬がある方は内容の記入をお願いします。お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします。

⑦ 現在、治療中の病気はありますか？

- ない ある（病名： \_\_\_\_\_ )  
（どこの病院で治療を受けていますか？） \_\_\_\_\_ )

⑧ 他の医療機関からの紹介状はありますか？

- いいえ はい（医療機関名： \_\_\_\_\_ )

裏面もご記入をお願いいたします

⑨ 今までにかかったことのある病気はありますか？

ない ある (下記に○をつけてください)

脳梗塞 脳出血 心筋梗塞 狭心症 不整脈 高血圧 肝臓病

腎臓病 気管支喘息 糖尿病 緑内障 前立腺肥大

がん (部位: \_\_\_\_\_ )

その他

[ \_\_\_\_\_ ]

⑩ お腹の手術を受けたことはありますか？

ない ある (下記に○をつけてください)

食道: \_\_\_\_\_ 歳 胃: \_\_\_\_\_ 歳 肝臓: \_\_\_\_\_ 歳 胆のう: \_\_\_\_\_ 歳

大腸: \_\_\_\_\_ 歳 盲腸(虫垂炎): \_\_\_\_\_ 歳 膀胱: \_\_\_\_\_ 歳

その他

[ \_\_\_\_\_ ]

⑪ アレルギー性の病気、アレルギー体質などがありますか？

ない ある (下記に○をつけてください)

じんましん アトピー 薬物アレルギー(例:ピリン \_\_\_\_\_ )

アレルギー性鼻炎 食物アレルギー(例:たまご \_\_\_\_\_ )

⑫ タバコは吸われますか？

吸わない 吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本) やめた (いつ頃: \_\_\_\_\_ )

喫煙状況:紙巻きタバコ (種類: \_\_\_\_\_ ) (1日使用数: \_\_\_\_\_ 本× \_\_\_\_\_ 年)

加熱式タバコなど(種類: \_\_\_\_\_ ) (1日使用数: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 年)

電子タバコの使用有無 (有り・無し)

★紙巻きタバコと他のタバコ類を併用している場合、すべてご記入お願いいたします。

禁煙状況:( \_\_\_\_\_ 年前 / \_\_\_\_\_ ヶ月前 / \_\_\_\_\_ 日前から禁煙)

受動喫煙状況:同居者で喫煙している人はいますか。(喫煙者の続柄: \_\_\_\_\_ )

⑬ お酒は飲まれますか？

飲まない やめた (いつ頃: \_\_\_\_\_ )

飲む (下記に○をつけてください)

毎日 時々 (どれくらいの頻度ですか? \_\_\_\_\_ )

日本酒 \_\_\_\_\_ 合 ・ ビール(大) \_\_\_\_\_ 本 ・ ウイスキー \_\_\_\_\_ 杯

⑭ (女性の方のみ)現在、妊娠していますか？

していない している わからない (最終月経: \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

⑮ 6ヶ月以内に渡航されましたか？

いいえ はい (いつ: \_\_\_\_\_ 国名: \_\_\_\_\_ )

⑯ 現在、他の病院等に入院中ですか？

いいえ はい (医療機関名: \_\_\_\_\_ )

⑰ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？

いいえ はい

⑱ この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診していますか？

いいえ はい (受診時期: \_\_\_\_\_ 指摘事項: \_\_\_\_\_ )

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

ご協力ありがとうございました。

個人情報保護法に基づき、本来の利用目的の範囲を超えて使用は致しません。