

検査問診票①

診察券ID

予約日時: 西暦

年 月 日( ) : 胃・大腸

ご職業

3年以内の渡航歴: 有・無 国名:

ふりがな  
氏名

男・女

生年月日: T S H 年 月 日生まれ

電話番号:

携帯電話:

体重: kg

血圧: /

1 下記の質問にできるだけ詳しくご記入ください。

(過去に検診で指摘を受けたこと・いつからどこでどのように治療を受けたか・手術の内容など)

○ 心臓の病気 (ある・ない) ・病名

- 経過:  手術など治療して治った  
 脈が遅い・早い・とぶと言われた時の脈拍数( )  
 検診で指摘されたが放置  自覚症状(有・無)  
 定期的に受診して経過をみている  
 現在、通院治療中

○ 脳の病気 (ある・ない) ・病名

- 経過:  手術など治療して治った  
 検診で指摘されたが放置  
 定期的に受診して経過をみている  
 現在、通院治療中  自覚症状(有・無)

○ 呼吸器の病気 (ある・ない) ・病名

- 経過:  手術など治療して治った  
 検診で指摘されたが放置  
 定期的に受診して経過をみている  
 現在、通院治療中  自覚症状(有・無)

○ 高血圧症 (ある・ない)

- 経過:  検診で指摘されたが放置  
 定期的に受診して経過をみている  
 普段血圧高いが放置  
 内服なしで安定している  
 現在、通院治療中

○ 頭痛 現在、鎮痛剤が効かない頭痛が週に3回以上ありますか? (ある・ない)

2 上記以外にかかっている病気はありますか? (ある・ない)

- ・緑内障 ・前立腺肥大症 ・甲状腺亢進症 ・糖尿病 ・褐色細胞腫 ・腎機能低下
- ・婦人科疾患(乳癌 右:左 / リンパ節郭清 / 子宮筋腫 cm・ 個/子宮後屈) ・その他

3 現在、服用中の薬をすべてご記入ください(市販薬・サプリメントを含む) (ある・ない)

4 薬のアレルギーについて

- ・ミント製品でアレルギー症状がでたことはありますか? (はい・いいえ)
- ・ヨードでアレルギー症状がでたことはありますか? (はい・いいえ)
- ・歯の麻酔で気分が悪くなったことはありますか? (はい・いいえ)
- ・その他に薬のアレルギーはありますか? (はい・いいえ)

薬剤名:

その時の症状:

5 睡眠薬・安定剤などは使用していますか? 常用・頓用・使用していない

薬剤名:

6 飲酒量はどのくらいですか? (飲む・飲まない) 飲酒をした時、顔が赤く(なる・ならない)

過去: 年前まで 回/週 杯くらい

現在: 回/週 杯くらい

7 女性の方へ 妊娠または授乳中ですか? (妊娠中・授乳中・いいえ)

8 お通じは何回ありますか? 1日に\_\_回・\_\_回/\_\_日 便秘薬: 薬剤名\_\_を毎日・時々使用

看護師記入欄

水様・泥状・軟 / 普通 / 硬・コロコロ ( ): ( ): ( )

## 胃カメラを受けられる方

氏名 \_\_\_\_\_

1 今回の検査目的: 症状の精査・検診で精査が必要と言われた・経過観察の為(内視鏡 回目)

2 今までに胃カメラを受けたことはありますか? (はい・いいえ)

最後の検査は、\_\_\_\_\_年頃 \_\_\_\_\_病院/クリニック

3 ピロリ菌の検査をされたことはありますか? (はい・いいえ・検査希望)

はいの場合→結果 :陽性 → 除菌: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_病院/クリニック・除菌していない  
:陰性

4 今までに胃や食道の病気をされたことはありますか? (はい・いいえ)

・胃潰瘍( 歳) ・十二指腸潰瘍( 歳) ・胃癌または食道癌( 歳)

・胃ポリープ( 歳) ・粘膜下腫瘍 ・逆流性食道炎

・その他: [ \_\_\_\_\_ ]

5 血縁関係の方で、4.にあげた病気の方はいますか? (はい・いいえ)

病名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_

6 タバコは吸われますか? (はい・いいえ)

過去: \_\_\_\_\_年前まで \_\_\_\_\_年間 \_\_\_\_\_本/日 現在: \_\_\_\_\_年間 \_\_\_\_\_本/日

7 総入れ歯・部分入れ歯・ぐらつく歯はありますか? (はい・いいえ)

8 過去1年の間に自覚症状はありましたか? (はい・いいえ)

・胃痛 ・げっぷ ・胸焼け ・食欲低下 ・お腹がはる ・吐き気

・体重減少( \_\_\_\_\_ヶ月 \_\_\_\_\_kg) ・食べ物や飲み物が飲み込みにくい、つかえる

・その他 [ \_\_\_\_\_ ]

## 大腸カメラを受けられる方

1 今回の検査目的: 症状の精査・便潜血で精査が必要と言われた・経過観察の為(内視鏡 回目)

2 今までに大腸カメラを受けたことはありますか? (はい・いいえ)

最後の検査は、\_\_\_\_\_年頃 \_\_\_\_\_病院/クリニック

3 今までに大腸の病気をされたことがありますか? (はい・いいえ)

・大腸癌( 歳) 治療方法: [ \_\_\_\_\_ ]

・大腸ポリープ( 歳) ・潰瘍性大腸炎( 歳) ・クローン病( 歳) ・憩室炎( 歳)

・その他 [ \_\_\_\_\_ ]

4 血縁関係の方で、3.にあげた病気の方はいますか? (はい・いいえ)

病名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_

5 過去1年の間に自覚症状はありましたか? (はい・いいえ)

・腹部痛 ・腹部膨満感 ・便が細くなった ・血便 ・下痢 ・便秘 ・便が黒い

・その他 [ \_\_\_\_\_ ]

6 今までに腹部の手術をされたことはありますか? (はい・いいえ)

・虫垂炎( 歳) ・胆石( 歳) ・腸切除( 歳)

・帝王切開( 歳) ・子宮、卵巣(右・左)摘出( 歳)

・その他 [ \_\_\_\_\_ ]