

問 診 表

平成 年 月 日

フリガナ	男 女	生年月日	T・S・H	年	月	日
氏名	殿	自宅電話	-	-	<input type="checkbox"/> なし	
	歳	携帯電話	-	-	<input type="checkbox"/> なし	
現住所	〒 -					
身長	cm、	体重	kg、	体温	℃	

1 今日はどうされましたか？ (①～③の中から当てはまる所にご記入下さい)

① おしりの症状

1	痛 み	ない	ある	いつから ()
2	出 血	ない	ある	いつから ()
3	腫 れ	ない	ある	いつから ()
4	脱 出	ない	ある	いつから ()
5	か ゆ み	ない	ある	いつから ()

② おなかの症状

1 症 状 _____ いつから ()

2 検診・ドックで異常を指摘された

1. ピロリ菌 2. 便潜血 3. ポリープ (胃・大腸) 4. その他()

③ 相模原市検診希望

1. 胃がん検診 2. 大腸がん検診(検便) 3. 肺がん検診 4. 肝炎ウイルス検診

2 普段の便通はいかがですか？ 規則的 ・ 不規則

回 数	日		回	便の硬さ	1.普通	2.コロコロしている
排便時間	3分以内	5分	10分以上		3.下痢気味	4.便秘・下痢繰り返す
便の出始め	硬い	柔らかい		普段、下剤はお使いになっていますか？		
残 便 感	ない	ある		ない	ある	薬剤名()

3 胃カメラを受けたことがありますか？

ない ある 最終検査 S・H 年 月

胃カメラを希望されますか？ はい 診察によって いいえ

4 大腸カメラを受けたことがありますか？

ない ある 最終検査 S・H 年 月

大腸カメラを希望されますか？ はい 診察によって いいえ

裏もご記入ください 

5 今現在治療中、また今までにご病気にかかれた事がありますか？			
ない			
ある	{	糖尿病 ・ 高血圧 ・ 喘息 ・ 心疾患 ・ 脳疾患 ・ 前立腺肥大 緑内障 ・ 胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 睡眠時無呼吸症候群	
6 普段、使っている薬はありますか？			
ない			
ある	今日、お薬手帳を持ってきていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7 手術を受けた事がありますか？（肛門疾患も含めて）			
ない			
ある	（病名	いつ	S ・ H
		年	月
8 ご親族の中でがんと診断された方はいますか？			
<input type="checkbox"/> いない			
<input type="checkbox"/> いる			
（病名		）	
9 薬のアレルギーはありますか？			
<input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> ある			
（薬品名		）	
10 女性の方にお尋ねします			
現在、妊娠の可能性はありますか？		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
		（妊娠	
		カ月）	
現在、授乳中ですか？		<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
その他何かありましたらご自由にお書き下さい	アンケートにご協力お願いします 当院をどのようにお知りになりましたか？		
	<input type="checkbox"/> ①インターネット		
	<input type="checkbox"/> ②看板（バス・医院前・相原16号）		
	<input type="checkbox"/> ③近所		
	<input type="checkbox"/> ④知人・身内の紹介		
	<input type="checkbox"/> ⑤会社・市の検診一覧		
	<input type="checkbox"/> ⑥先生の紹介（病院名：		
		）	

ご記入が завершиましたら受付へお渡してください