

おゆみの中央病院 消化器内／外科 問診票

I	D		性別	受診日	年	月	日
ふ	り	が	な	記入者	☐ 本人 ☐ 本人以外		
氏	名		男・女	記入者氏名：			
				本人との続柄：			
生	年	月	日	大正・昭和・平成	年	月	日
					(歳)		
			身長	cm		体重	kg
※当院記入欄		国保 社保 自賠責 (あり・なし) 労災 学校保健 受給券 自費					

下記の質問にご回答ください。

1. どんな症状で受診されたか理由をご回答ください (複数回答可)

- ☐胸やけ ☐飲み込みづらさ ☐血便・黒色便 ☐下痢 ☐便秘 ☐腹痛 ☐胃痛 ☐肛門痛・出血
☐健診で受診を勧められた (☐便潜血 ☐ピロリ菌 ☐肝機能 ☐その他 ())
☐その他 ()

2. いつ頃から症状が出てきましたか？ () 頃から

3. 今回の症状で他の医療機関を受診されていますか？

- ☐いいえ ☐はい (医療機関名：)

4. 今までにかかった病気、けが、手術歴、または現在、治療中の病気はございますか？

- ☐いいえ ☐はい (下記該当するものにチェックをしてください)

- ☐高血圧 ☐高脂血症 ☐狭心症 ☐心筋梗塞 ☐脳梗塞 ☐腎臓病 ☐糖尿病 ☐痛風

- ☐胃潰瘍 ☐喘息 ☐感染症 (B型肝炎・C型肝炎・梅毒) ☐がん ()

- ☐けが () ☐手術歴 ()

上記で治療中の医療機関がございましたらご回答ください。

- (病名：) (医療機関：)

5. 現在、飲んでいる薬はありますか。 ☐あり ☐なし

- (お薬手帳の持参 ☐あり ☐なし)

お薬手帳の持参がない場合、下記にご記入下さい。

【裏面に続きます】

6. ご家族の方で、過去に、がんやその他の病気にかかったことがある方、あるいは現在
病気ににかかっている方はいらっしゃいますか？

☐ いいえ ☐ はい（下記に続柄、病名、手術歴をご回答ください 例：父 胃がん 胃全摘術）
()

7. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？

☐ なし ☐ ある 薬（ ） 食べ物（ ）

8. 心臓ペースメーカーを使用されていますか？

☐ いいえ ☐ はい（医療機関名： ）

9. 喫煙について伺います。

☐ もともと吸わない

☐ 禁煙した（ ）歳 それまでは（ ）本/日 を（ ）年間（ ）

☐ 喫煙中（ ）歳 から（ ）本/日（ ）

10. アルコールについてご回答ください。

☐ 飲まない ☐ 時々飲む（ ）回/月（ ） ☐ よく飲む（ ）回/週（ ）

（ビール（ ）ml/回、酒（ ）合/回、焼酎（ ）ml/回、その他（ ）ml/回（ ）

11. 女性の方のみご回答ください。

妊娠中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい（ ）ヶ月（ ） ☐ わからない 授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい

12. 1週間以内に下記該当するものがありましたか？ ☐ いいえ ☐ はい

- ・発熱、風邪症状（鼻汁、のどの痛み等）
- ・自身が新型コロナ陽性で加療
- ・新型コロナ陽性者との接触

13. 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。

マイナ保険証を ☐ 持っている ☐ 持っていない

14. ケアマネジャーはいらっしゃいますか？

☐ いいえ ☐ はい ☐ わからない

介護度（要支援：1・2 要介護：1・2・3・4・5）

15. 当院を何でお知りになりましたか？

☐ ご家族 ☐ お知り合い ☐ 他院より紹介 ☐ 看板 ☐ ホームページ ☐ SNS 等

☐ その他（ ）