

胃疾患問診票

令和 年 月 日

ふりがな	生年月日	昼間の連絡先
氏名	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 歳	TEL
住所（自宅）〒		

1. 今までに、胃の病気で診察、検査、治療などを受けられたことがありますか。

(1) 初めて (2) うけた (年 月頃、 当院 ・ 他医)

・ 内容 (投薬 注射 入院 手術 胃透視 胃カメラ)

・ 診断 (異常なし 胃炎 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃ポリープ 逆流性食道炎)

・ 指示 (治療 定期検査 特になし)

2. 当てはまる番号に○をつけて下さい。

1.胃が痛い(食後・空腹時・いつも) 2. 背中(胃のうら)が痛い、胸やけがする

3.げっぷがでる

4. 吐き気がある、吐く

5.口が苦い

6.食物が胸につかえる

7.胃がもたれる

8.すっぱい水が出る

9.胃が重苦しい、すっきりしない

10.吐血した

11.お腹がすかない・すぎすぎる

12.お腹が張る感じがする

13.便秘する

14.下痢する

15.便秘と下痢のくり返し

16.体重が減った (Kg)

17.健診のため

18.経過観察中の定期検査

19.その他 () 20.特になし

3. 次に当てはまる疾患に○をして下さい

心疾患 (病名:) ・ 緑内障 ・ 喘息 ・ 前立腺肥大

該当なし

アレルギー⇒ なし ・ あり (具体的に)

4. 服薬中の薬はありますか (※お薬手帳をお持ちの方は提出して下さい)

なし ・ ある (薬名:)

5. 女性のかたにお伺いします。

現在 妊娠していますか (はい ・ いいえ ・ 可能性あり)

授乳中ですか (はい いいえ)

令和2年3月18日改訂