

胃疾患問診票

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）〒		

- 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・十二指腸潰瘍 胃がん 胃ポリープ 逆流性食道炎)
・ 指示 (治療 定期検査 特になし)
- 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 (月 日)
11. お腹がすかない・すきすぎる 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 その他 ()
18. 年一回の経過観察(ピロリ菌の除菌歴等) 19. 健診目的(特に症状なし) → 自費扱い
- 次に当てはまる疾患に○をして下さい
心疾患(病名:) ・ 閉塞隅角緑内障 ・ 甲状腺異常症
- アレルギー⇒ なし ・ あり (キシロカイン・アルコール・ヨード・)
- 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:)
- 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)