

記入日: 年 月 日

カルテ№ **問診票** 健診・人間ドック用

フリガナ		〒	—
氏名		住所	都・道 府・県
生年月日	大正 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/>	年 月 日	歳 性別 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/>
			電話番号 自宅: 携帯:

食事について 空腹時(食後10h以上)  随時(食後3.5h~10h)  食後3.5h未満

既往歴について 特になし  既往歴がある場合、具体的にお書きください

病名	発症年齢	現況			
		治療中 <input type="checkbox"/>	服薬中 <input type="checkbox"/>	経過観察 <input type="checkbox"/>	治癒 <input type="checkbox"/>
		治療中 <input type="checkbox"/>	服薬中 <input type="checkbox"/>	経過観察 <input type="checkbox"/>	治癒 <input type="checkbox"/>
		治療中 <input type="checkbox"/>	服薬中 <input type="checkbox"/>	経過観察 <input type="checkbox"/>	治癒 <input type="checkbox"/>
		治療中 <input type="checkbox"/>	服薬中 <input type="checkbox"/>	経過観察 <input type="checkbox"/>	治癒 <input type="checkbox"/>

自覚症状について 特になし  自覚症状がある場合、具体的にお書きください

【女性のみ】 妊娠中または妊娠の可能性あり  生理中である

採血について 特になし  該当する箇所には☑をつけてください

過去に採血をして気分が悪くなったことがある  血が止まりにくい、または血液をさらさらにする薬(ワーファリン等)を服薬中である

喫煙について 現在、たばこを習慣的に吸っている。 (今までに合計100本以上、又は6か月以上吸っている者のうち、最近1か月間「毎日」又は「時々」吸っている者) はい  いいえ   
『はい』の方( ~ 歳 1日 本)

飲酒について お酒を飲む頻度 毎日  時々  ほとんど飲まない(飲めない)   
飲酒日の1日当たりの飲酒量 1合未満  ~2合未満   
※清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) 2~3合未満  3合以上

当院についてお知りになられたのは? インターネット  知人の紹介  自宅近く  看板を見て  その他  ( )

☆以下は、上部内視鏡検査(胃カメラ)を受ける方のみお答えください

現在の症状について 甲状腺の異常を指摘されたことはありますか? はい  いいえ   
緑内障、眼圧が高いと言われたことはありますか? はい  いいえ   
歯医者などで麻酔をしたとき、気分が悪くなったことはありますか? はい  いいえ   
男性の方、前立腺肥大、尿が出にくい症状はありますか? はい  いいえ

追加検査について 医師の判断で『生検』『ピロリ菌検査』が必要な病変あれば希望しますか? はい  いいえ   
胃カメラを健診(自費)にて行った場合でも保険診療となります

鎮静剤について 検査を楽に行うための『鎮静剤』を希望しますか? はい  いいえ   
眠くなるお薬で、嘔吐反射(おえつ、吐気)を押さえる作用があります

問診は以上となります ご協力ありがとうございました