

《消化器内科・問診票》

お名前 ()歳 年 月 日

ご職業() 身長(cm) 体重(kg) 来院時の体温(°C)

1. いつから、どこが、どのように具合が悪いですか

{ }

2. アレルギーはありますか

(ない・ある) 薬() 食べ物() その他()

3. 今までに大きな病気にかかったことはありますか

(ない・ある)(病名:) 手術(ない・ある)

(時期:) 入院(ない・ある)

4. 現在治療中の病気がありますか

(ない・ある)(病名:)

(病院名:)

5. 現在使用している薬はありますか

(ない・ある)(薬名:)

6. たばこは吸いますか

吸わない 以前吸っていた(歳) 吸う(1日 本位)

7. お酒は飲みますか(飲まない・時々飲む・毎日飲む)(どのくらい)

8. 癌など悪性疾患と診断された場合、告知を希望されますか (はい・いいえ)

9. 治療上、どうしても輸血が必要な場合、同意されますか (はい・いいえ)

10. 輸血をした事がありますか (はい・いいえ)

11. 妊娠の可能性はありますか

(ある・ない)(最終月経: 年 月 日) (閉経: 歳)

12. 現在授乳中ですか (はい・いいえ)

特に医師に知らせたい事がありましたらご記入ください