

## ひだ胃腸内視鏡クリニック初診時間診票

記入日 年 月 日

フリガナ ( )

お名前 ( ) 性別 ( 男・女 )

生年月日： 昭・平・令 年 月 日 ( 歳)

住所 〒

自宅電話 ( ) - 携帯電話 ( ) -

メール

当クリニックから連絡しても良い連絡先：自宅電話 携帯電話 メール

1. 当クリニックは何でお知りになりましたか？

- インターネット 知人・友人の紹介 他院からの紹介 家族の紹介 通勤などの通り道  
もともと院長に診てもらっていた/院長の知人 その他 ( )

2. どのような胃腸の症状、ご病気、目的で来院されましたか？（複数回答可）

- ・症状：のどのつかえ 胸やけ 胃痛 胃もたれ 食欲低下 下痢 便秘 血便  
お腹の痛み お腹の張り その他 ( )
- ・病気：潰瘍性大腸炎 クローン病 大腸ポリープ 胃食道逆流症（逆流性食道炎）  
過敏性腸症候群 便秘症 機能性ディスペプシア その他 ( )
- ・目的：胃カメラ希望 大腸カメラ希望 検診目的（自覚症状なし）  
便潜血陽性 胃造影検査の異常 ピロリ菌陽性 胃腸の病気の治療継続・相談  
その他 ( )

3. 現在、胃腸の症状でお困りの方にお聞きします。

- ・その症状はいつ頃から始まっていますか？  
 ( ) 日前から  ( ) ヶ月前から  ( ) 年前から 以前から時々
- ・症状が出てから今までの経過を簡単にお書きください。

・現在、胃腸の病気の治療を受けていますか？

- いいえ はい⇒医療機関名 ( )

4. 胃腸のご病気以外で、現在治療中のご病気はございますか？

- なし あり⇒高血圧 心筋梗塞/狭心症 不整脈 糖尿病 高脂血症 腎臓疾患  
緑内障 脳梗塞 肝臓疾患 胆石 喘息/呼吸器疾患 甲状腺疾患 リウマチ/膠原病

整形外科疾患 耳鼻科疾患 その他 ( )

5. 手術を受けられたことはございますか？（外傷による手術以外）

なし あり⇒いつ頃 ( ) どのような ( )

6. 今までに内視鏡検査を受けたことがありますか？

胃カメラ ない ある

大腸カメラ ない ある

7. 歯の治療の局所麻酔（キシロカイン）、その他のお薬、食べ物などのアレルギーがありますか？

ない あり⇒キシロカイン薬 ( ) 食べ物 ( )

8. タバコは吸われますか？

吸わない 吸う 1日当たり \_\_\_本/ \_\_\_年間 以前吸っていた \_\_\_歳まで

9. お酒は飲まれますか？

全く飲まない 毎日飲む 週に2-3回飲む 機会があれば飲む

(ビール\_\_\_缶・\_\_\_ml、日本酒\_\_\_合、焼酎\_\_\_杯、ワイン\_\_\_杯、他\_\_\_\_\_)

10. 現在、ビールコップ1杯程度の少量の飲酒ですぐ顔が赤くなる体質がありますか？

ない ある 分からない

11. お酒を飲み始めた頃の1~2年間は、ビールコップ1杯程度の少量の飲酒ですぐ顔が赤くなる体質がありましたか？

なかった あった 分からない

12. 差し支えのない範囲で、お仕事の種類・内容をお聞かせください。

学生 無職 お仕事の種類・内容 ( )

13. 当クリニックまでの交通手段/所要時間をお聞かせください。

徒歩 ( )分 自転車 ( )分 車 ( )分 電車 ( )分 バス ( )分

14. その他ご要望・お聞きになりたいこと・伝えておきたいことがあれば、お書きください。

---

---

当クリニックでは情報の保全に努めております。患者さまの許可なく第三者には提供いたしません。

ご協力ありがとうございました。