

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： 症状なし (検査・検診目的) 便潜血陽性 胃造影検査の異常 ピロリ菌陽性
 のどのつかえ 胸やけ 胃痛 胃もたれ 吐き気 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 クロウン病 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 腹部エコー検査希望 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。

・ 最近の排便回数 (平均) と便の状態を教えてください。

___ 日に ___ 回 (例：1日に1回、3日に1回、1日に5回)

硬い便 普通便 軟便 下痢便

・ 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. 抗血栓薬（血液をさらさらにする薬、血が止まりにくくなる薬）を飲んでいますか？
飲んでいない 飲んでいる（薬名： ） 分からない
6. お腹の手術を受けられたことはございますか？
なし あり⇒どのような：虫垂炎 帝王切開 子宮内膜症 胃がん 大腸がん その他
（ ）
7. 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⇒ありの方は、以下の設問にお答えください。
・直近の検査時期： 年 月頃
・直近の検査方法：経口胃カメラ 経鼻胃カメラ 鎮静なし 鎮静あり
・直近の検査は：辛くなかった 辛かった
・病気の指摘：異常なし 胃炎 胃ポリープ 胃がん 胃・十二指腸潰瘍 逆流性食道炎
他（ ） 分からない
・ピロリ菌は？調べていない 菌がいなかった 菌がいて除菌した 菌がいて未除菌
- 大腸カメラ ない ある⇒ありの方は、以下の設問にお答えください。
・直近の検査時期： 年 月頃
・直近の検査方法：鎮静なし 鎮静あり
・直近の検査は：辛くなかった 辛かった（下剤が辛かった 痛みが辛かった その他
（ ））
・病気の指摘：大腸ポリープ 大腸がん 潰瘍性大腸炎 クローン病 大腸憩室
痔核 他（ ） 分からない
8. 内視鏡検査を受ける際に鎮痛剤や鎮静剤の使用を希望されますか？
希望しない 希望する（鎮静剤 鎮痛剤 鎮静剤+鎮痛剤） 分からない
9. 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（ ）
10. 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

11. 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 _____)
12. 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
13. 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
14. 差し支えない範囲で、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 (_____)
15. ストレスを感じることはありますか？
よくある 時々ある ない
16. 運動はされますか？
しない する⇒ウオーキング ランニング ジム ヨガ テニス その他
(_____)
17. 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
18. 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。