



総合問診票

氏名	様	記入日	令和	年	月	日	スタッフサイン
----	---	-----	----	---	---	---	---------

1. 来院の目的を教えてください

<input checked="" type="checkbox"/>	肛門	<input checked="" type="checkbox"/>	大腸	<input checked="" type="checkbox"/>	胃	<input checked="" type="checkbox"/>	排便障害(便秘など)
<input checked="" type="checkbox"/>	定期検査	<input checked="" type="checkbox"/>	泌尿器科	<input checked="" type="checkbox"/>	心療内科	<input checked="" type="checkbox"/>	その他:

いつごろからどのような症状がありますか(※心療内科受診の方は、この項目は記入不要です。)

時期		<input type="radio"/> 日前	<input type="radio"/> 週間前	<input type="radio"/> ヶ月前	<input type="radio"/> 年前	から
症状						

ご要望やご希望があればお書きください

--

2. 今までに大きな病気をしたことがありますか

<input checked="" type="checkbox"/>	ない	<input checked="" type="checkbox"/>	ある	
病名			時期	歳時
病名			時期	歳時

手術や処置を受けたことがありますか

<input checked="" type="checkbox"/>	ない	<input checked="" type="checkbox"/>	ある		
病名		手術・処置名		時期	歳時
病名		手術・処置名		時期	歳時
病名		手術・処置名		時期	歳時

3. 現在治療中の病気はありますか

<input checked="" type="checkbox"/>	ない	病名		時期	歳時
<input checked="" type="checkbox"/>	ある	病名		時期	歳時
		病名		時期	歳時
		病名		時期	歳時

4. 現在内服している薬はありますか

<input checked="" type="checkbox"/>	ない	薬剤名	
<input checked="" type="checkbox"/>	ある		

⇒裏面へ続く



5. 今までに、薬・注射・食べ物・その他で異常(アレルギー)がありますか

<input checked="" type="checkbox"/>	ない
<input checked="" type="checkbox"/>	ある

薬・注射・ 食べ物の名前		症状	
薬・注射・ 食べ物の名前		症状	
麻酔	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	症状	

6. 血縁者の方に癌の方はいらっしゃいますか

<input checked="" type="checkbox"/>	いない
<input checked="" type="checkbox"/>	いる

ご関係		病名	
ご関係		病名	

7. 胃の内視鏡検査を受けたことがありますか

<input checked="" type="checkbox"/>	ない	<input checked="" type="checkbox"/>	ある
-------------------------------------	----	-------------------------------------	----

いつ(最終)・どこで検査を受けましたか

時期	<input type="checkbox"/> 日前 <input type="checkbox"/> 週間前 <input type="checkbox"/> ヶ月前 <input type="checkbox"/> 年前	どこで	
----	---	-----	--

8. 大腸の内視鏡検査を受けたことがありますか

<input checked="" type="checkbox"/>	ない	<input checked="" type="checkbox"/>	S状結腸内視鏡を 受けたことがある	<input checked="" type="checkbox"/>	全大腸内視鏡を 受けたことがある
-------------------------------------	----	-------------------------------------	----------------------	-------------------------------------	---------------------

いつ(最終)・どこで検査を受けましたか

S状結腸内視鏡	時期	<input type="checkbox"/> 日前 <input type="checkbox"/> 週間前 <input type="checkbox"/> ヶ月前 <input type="checkbox"/> 年前	どこで	
全大腸内視鏡	時期	<input type="checkbox"/> 日前 <input type="checkbox"/> 週間前 <input type="checkbox"/> ヶ月前 <input type="checkbox"/> 年前	どこで	

9. タバコは吸われますか

<input checked="" type="checkbox"/>	吸う(1日 本)	<input checked="" type="checkbox"/>	やめた(歳ごろ)	<input checked="" type="checkbox"/>	吸わない
-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	--------------	-------------------------------------	------

10. お酒は飲まれますか

<input checked="" type="checkbox"/>	飲まない					
<input checked="" type="checkbox"/>	やめた(歳ごろ)					
<input checked="" type="checkbox"/>	飲む					
飲む 場合	飲酒の頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 毎日	<input checked="" type="checkbox"/> 時々⇒ 1か月に 回くらい			
	1日あたりの 飲酒量	日本酒	合	ビール	本	焼酎・ ウイスキー

11. 食生活は規則的ですか

<input checked="" type="checkbox"/>	規則的	<input checked="" type="checkbox"/>	不規則
-------------------------------------	-----	-------------------------------------	-----

12. 食事の内容についてご記入ください

<input checked="" type="checkbox"/>	主に肉食	<input checked="" type="checkbox"/>	主に魚肉	<input checked="" type="checkbox"/>	主に菜食	<input checked="" type="checkbox"/>	特にかたよりはなし
-------------------------------------	------	-------------------------------------	------	-------------------------------------	------	-------------------------------------	-----------

13. どのようなお仕事をされていますか

--

14. 6か月以内に海外渡航歴がありますか

<input checked="" type="checkbox"/>	ない	<input checked="" type="checkbox"/>	ある	国名	
-------------------------------------	----	-------------------------------------	----	----	--

15. (女性の方のみご記入ください)現在、妊娠されていますか

<input checked="" type="checkbox"/>	妊娠中	<input checked="" type="checkbox"/>	授乳中 ヶ月	<input checked="" type="checkbox"/>	いずれもなし	<input checked="" type="checkbox"/>	不明
-------------------------------------	-----	-------------------------------------	-----------	-------------------------------------	--------	-------------------------------------	----