

消化器内科問診票

看護師記入時間 () : ()
体温 () °C 血圧 () / () mmHg
脈拍 () 回/分
呼吸数 () 回/分 Spo2 () %
紹介状持参 無・有 ()
かかりつけ医 無・有 ()
持参資料 無・有 ()
付き添い 無・有 ()

お名前 _____ 男・女
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ () 歳
職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg
【女性のみ】妊娠: していない・可能性あり・している () 週・授乳中

薬手帳 あり・なし (要スキャナ)

●いつから、どのような症状がありますか？

腹痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 検診異常

()

●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん () ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 脳卒中 (脳梗塞 ・ 脳出血 ・ くも膜下出血)

喘息 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 胃・十二指腸潰瘍 ・ 甲状腺疾患 ・ 緑内障

前立腺肥大 ・ 人工透析 (曜日) ・ ペースメーカー

その他 ()

※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？

どなた () が、いつ () 病名 ()

手術: いつ () 術名 ()

輸血: なし ・ あり

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？

ない ・ ある (薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)

()

●アレルギーはありますか？

ない ・ ある (下記に記載)

気管支喘息 ・ 花粉症 ・ 食物 () ・ 薬 () ・ 造影剤

●生活歴について伺います。

喫煙・・・(吸わない ・ やめた ・ 吸う) () 本/日 () 歳～ () 歳まで)

飲酒・・・(飲まない ・ やめた ・ 飲む) 種類 () 量 () 合 mL)

() 歳～ () 歳まで () 回/週 ・ 月 ()

●病気が見つかった場合、病名の告知はしてもよいですか？

(告知して良い ・ ご家族のみに告知して欲しい)

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか？

はい ・ いいえ