

問 診 票 太枠内をご記入下さい（裏面もあります）

初診・再診

フリガナ			男・女	記載日 令和 年 月 日
氏名		歳		本日の体温 ℃

来院目的（複数可）	1. 肛門科診察 2. 胃腸科診察 3. 便潜血検査陽性の精密検査
検査日を予約済の方は、 予約日もご記入下さい	4. 大腸内視鏡検査予約【予約日 / 】 5. 胃内視鏡検査予約【予約日 / 】 6. 2週間以内に発熱があった（ ℃） 7. その他（ ）

全員	妊娠中・その可能性 （あり・なし）	現在妊娠中（ 週 ）・最終月経（ 月 日～ ）
	薬品アレルギー （あり・なし）	あり→薬品名 あり→局所麻酔薬名 出た症状（ ）
	1か月以内の感染症	かかった（ 日前頃） コロナ・インフル・他（ ） ・ かかってない

全員	胃腸症状はありますか （ はい ・ いいえ ） 複数回答可	1. むねやけ 2. 胃が痛い 3. むかむかする 4. 胃がもたれる 5. 嘔吐した 6. お腹が痛い 7. お腹がはって苦しい 8. お腹が重苦しい 9. 便秘 10. 最近急に便が出にくくなった 11. 便が細くなった 12. 下痢と便秘をくり返す 13. 粘液がでる 14. 便に血がまじる 15. 下痢 16. ガスが多い 17. その他
	いつからですか	（ ）日前 （ ）週間前 （ ）ヶ月前 （ ）年前から
	普段の排便回数	（ ）日に（ ）回 硬便 ・ 普通便 ・ 軟便 ・ 水様便
	下剤服用の有無	飲んでいる ・ 飲んでいない 薬品名
	下剤使用の頻度と量	（ ）日に（ ）回 1回量（ ）

裏面もあります ⇒

肛門科の方	肛門の状態に 異常はありますか （ はい ・ いいえ ） いつからですか	1. 脱出するまたは腫れぼったい （ ・ 自然におさまる ・ とびだしてもどらない ・ 指やティッシュでおさなければ入らない ・ 歩いたり重い物を持つと出てくる ） 2. 肛門のまわりに突然できものができた 3. 下着が汚れる 4. 肛門が裂けた感じ 5. 熱がある、または肛門のまわりがはれて熱っぽい 6. 肛門のまわりがただれている 7. 肛門のまわりに孔(あな)やおできがあり、膿のような分泌液がでる 8. かゆみがある （ ）日前 （ ）週間前 （ ）ヶ月前 （ ）年前から
	痛みは ありますか （ はい ・ いいえ ）	1. いつも痛む 2. 排便時だけ 3. 排便後に痛む 4. 座れない 5. がまんできない 6. ときどき痛む 7. 以前痛かった（ 前ごろ）
	出血は ありますか （ はい ・ いいえ ）	1. 時々出血する 2. 排便時に必ず出血する 3. 排便時以外にも出血する 4. 紙につく 5. ポタポタ落ちる 6. シャーっと走り出る 7. 粘液も混じる
	以前に 肛門の病気を した事がありますか （ はい ・ いいえ ）	いぼ痔 ・ きれ痔 ・ 脱肛 ・ 痔ろう ・ 肛門周囲膿瘍 ・ 血栓性外痔核 1. いつごろですか？ （ 年前 才頃 ） 2. その時は治りましたか？ （ 治った ・ 治らない ） 3. どんな治療をしましたか？ 1) 売薬 2) 医師からの投薬 3) 注射 4) その他 5) そのまま放置 6) 手術をした（ 年 月ごろ）（ 都府県 病院）

裏面もあります ⇒

※胃腸科・肛門科を受診される

				社 ・ 国			職員記入欄	
すべての方が太枠内をご記入下さい				氏名		ID		ラッコ入力
身長		cm	体重	kg		歳		
1	現在、血液をサラサラにする抗凝固薬を服用中である			はい	いいえ			
2	現在、緑内障である。 眼圧が高い。			はい	いいえ	現在、通院中ですか （ はい・いいえ ）		
3	現在、前立腺肥大である。尿の出が悪い。			はい	いいえ	現在、通院中ですか （ はい・いいえ ）		
4	心臓病 ・不整脈と言われたことがある			はい	いいえ	病名 受けた治療		
	現在、心臓や脈の薬を服用中ですか			はい	いいえ			
5	ペースメーカーを使用している			はい	いいえ			
6	糖尿病である。または血糖値が高めである。			はい	いいえ	はいの方：血糖値（ ）		
	現在治療中ですか			はい	いいえ	内服治療中・インスリン注射・他（ ）		
7	現在、高血圧の薬を服用中である			はい	いいえ	はいの方：血圧（ / ）		
8	脳血管障害・脳の病気 と言われたことがある			はい	いいえ	病名		
9	現在、肺の病気・ぜんそくがある			はい	いいえ	病名		
10	胃や腸の検査を受けたことがある			はい	いいえ	胃内視鏡検査・大腸内視鏡検査 ・バリウム ・検便		
	その際異常はありましたか			はい	いいえ	検査を受けた時期 およそ（ 年 ヲ月前）		
11	ピロリ菌の検査をしたことがある			はい	いいえ	陽性 ・ 陰性		
	ピロリ菌の除菌治療をしたことがある			はい	いいえ	はいの方：除菌後判定は受けましたか？ 済 ・ 未		
12	透析中の方、シャントはありますか？			はい	いいえ	右 ・ 左		
13	現在、仰向け、横向きになれない、足を組めない等ありますか？			はい	いいえ	仰向けできない ・ 横向きできない ・ 足を組めない		
14	現在、妊娠中である。 または妊娠の可能性がある			はい	いいえ	現在（ ）週 ・ 最終月経 月 日～		

15	以下で該当する病気に ○をつけてください	腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 肝炎 ・ 肝硬変 ・ 褐色細胞腫 ・ 副腎腫瘍 ・ バセドウ病 子宮内膜症 ・ 大腸憩室炎 ・ 鼻の病気 ・ 睡眠時無呼吸 ・ 卵、大豆アレルギー	
16	その他の病気・けが		
17	腹部の手術を受けたことがある(帝王切開も含む)	はい	いいえ 病名や手術名
18	現在服用中の薬名 あり・ なし・ 不明		

----- 以下ご記入不要です -----

CS ・ PP 年 月 日（ ）： 初回・再					EGD 口・鼻右・左 年 月 日（ ）： 初回・再						
来院	自宅	洗浄剤開始	:	ニフレック	医師希望	ピロリ希望	有 ・ 無	PPI	有 ・ 無	鎮静	有 ・ 無
食制	日間	検査食		モビ	有 ・ 無	紹介状 有 ・ 無 他院（ ）					
採血	不要(データ 年 月)			マグP ・ ビジ	()	大腸 ・ 胃 ・ 市胃 ・ 返信無 ・ 返信有 ・ 後日持参					
実施項目	感染症 ・ 術前 ・ 術前感無 ・ UC ・ 日帰りPP				感染症	HBS ・ HCV ・ TPHA ・ RPR ・ HIV ・ 未検 (-)					
Pechi		Dor			DIV	PP禁 ・ ブス禁 ・ キシロカイン禁 ・ (左 ・ 右) IV禁 ・ アル綿禁					
Bus		サイレース		印	有	鎮静剤注意 ・ 抗凝固剤(続・中止 / ～) ・ DM薬剤指示済					
		Gl				当日内服確認あり(続・中止 / ～) ・ 当日血糖					
はがき	予約	カルテチェック	下剤可	医師問診入力	前回視野不良 ・ 前回洗浄剤追加 ・ 変更 ・ 同日可 / 別日検査						
要 ・ 不要				未 ・ 済	・ 呼気後検査 ・ 早め予約指示 ・ Ca疑 ・ UC疑 ・ 腹単						
特記					来院時情報	排便回数 前々日 / 前日 / 当日					