令和　　　　年　　　月　　　日

初診質問票

患者ID:　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　生年月日：　　　年　　　月　　　日　男・女

身長：　　　　ｃｍ　　体重　　　　　ｋｇ

**・本日食事はしていますか？**（いいえ ・ はい：　**何時頃？**　　　　 　 　・**何を食べていますか？**　 　　　　　　　　　）

**・薬、食品のアレルギーはありますか？**

（ない ・ ある：　造影剤　・抗生剤　 　・その他薬 　 　 ・食品 ）

**【受診理由】 当院を受診された理由は何ですか？（症状も含めて）**

・定期診察 　　・定期検査　　　・検診、健診で指摘　　　・胃痛 　　　・腹痛 　　　　・血便（赤色・黒色 ）

**【現病歴】 現在通院中の病気はありますか？（　ない　・　ある　）**

病名　　　　　　　　　　　通院している病院名　　　　　　　　　年　　月頃より

病名　　　　　　　　　　　通院している病院名　　　　　　　　　年　　月頃より

**・現在内服中の薬はありますか？　　　（　ない　・　ある　：**お薬手帳を診察時にお出しください**）**

**★血流をよくするお薬がある場合記入してください**

**【既往歴】 今までに病気で治療を受けたり手術をしたことがありますか？**

・手術歴 （ なし ・ あり　） 　病名： 年　 月

・その他　　　　　　　　　　　　　病名： 年　 月

病名： 年　 月

病名： 年　 月

★**ピロリ菌の検査**をお受けになったことがありますか？ ( ない ・ ある ：いつ頃ですか？ ）

★**ピロリ菌の除菌治療**をお受けになったことがありますか？( ない ・ ある ：いつ頃ですか？ ）

**【生活歴】 現在の状態についてご記入ください**

・便通1日　　 回　( 快便 ・ 下痢 ・ 軟便 ・ 便秘 ・ 血便 )

・喫煙1日　　 本 　　・飲酒( しない ・ する　量： 毎日 ・ 時々　)

・妊娠している可能性（ なし ・ あり　　　　週目　）　 ・授乳中　（　お子さん　　　 　才　）

**【家族歴】 家族関係でがんにかかった人はいますか？**

続柄：　　　　　　　　　病名： 　　　　　　 　　　　 続柄：　　　　　　　　病名：

**【告知について】 精密検査の結果がんが発見された場合、ご本人に告知することに同意されますか？**

（　はい ・ いいえ ： いいえの方はご家族に説明させて頂きます。）

**【緊急連絡先】**　ご本人以外・ご自宅以外の連絡先をご記入下さい。**★緊急時のみ連絡させていただきます**

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　　　連絡先**（電話番号）**