

消化器内科（腹部症状等） 問診票（ご来院前にご記入ください）

【基本情報】 お名前：

フリガナ：

生年月日： 年 月 日（満 歳） 性別：☐男 ☐女

住所：〒

電話番号：

【主訴】 ☐ 胃もたれ ☐ 吐き気 ☐ 胸やけ ☐ 食欲不振 ☐ 腹痛（部位： ）

☐ 下痢 ☐ 便秘 ☐ 血便／黒色便 ☐ 黄疸 ☐ その他（ ）

【症状の経過】 発症時期：

経過：☐悪化 ☐不変 ☐軽快

症状が強い時間帯：☐朝 ☐昼 ☐夜 ☐食後

【既往歴】 ☐ 胃潰瘍 ☐ 十二指腸潰瘍 ☐ ピロリ菌除菌（年月：

☐ 逆流性食道炎 ☐ 胆石 ☐ 膵炎 ☐ 大腸ポリープ ☐ 肝障害

☐ 消化器がん（部位： ）☐ その他（ ）

【服薬・生活】 服薬中： _____ 胃薬・鎮痛剤・

サプリ：☐なし ☐あり 飲酒：☐なし ☐あり（種類・頻度： ）

喫煙：☐なし ☐あり（ 本／日） 食事傾向：☐早食い ☐間食多い ☐脂っこい

☐刺激物多い

【便通・排便習慣】 便通：☐毎日 ☐2日に1回 ☐3日以上あく

便の性状：☐硬い ☐普通 ☐柔らかい ☐水様 血便：☐あり ☐なし

便の色：☐黒 ☐黄 ☐淡色 ☐その他（ ）

【検査・治療歴】 胃カメラ：☐あり（年月： ） ☐なし

大腸内視鏡：☐あり（年月： ） ☐なし

画像検査（超音波・CT・MRI）（年月： ）：☐あり ☐なし

異常指摘： _____

【医師へのメッセージ】