

星ヶ丘マタニティ病院 おなかケア外来 問診票

診療の参考にさせていただきますので、ご記入下さい。[] : 該当するものに○を付けて下さい。

(ご回答いただいた内容は診療の目的以外には使用致しません) カルテ番号: (ご記入不要)

ご記入日: 年 月 日

ふりがな

ご氏名 (歳)

記入者: {本人・配偶者・父・母・兄弟・その他 ()}

○身長 cm、 体重 kg →ここ最近、{変化なし・増加・減少}

○今回はどのようなことが心配で受診されますか?なるべく具体的にご記載下さい。

※いつ頃から症状・悩み・苦痛が始まりましたか? → 年 月頃、 歳頃から

※このことでどこかに受診・相談したことがありますか? → {はい・いいえ}

→「はい」の場合: どこで、どのような治療を、いつ頃受けましたか?

○この5年以内に胃透視(バリウム)検査、胃カメラ検査、大腸カメラ検査、腹部CT検査、超音波検査を受けたことがありますか?

→ {はい・いいえ}: 「はい」の場合は検査に○を付けて下さい(複数回答可)。

「はい」の場合は病名をお書き下さい {(病名:)、異常なし、経過観察}

○現在、治療中の病気があればご記入下さい。(いつ頃から、病名、医療機関名)

・()年頃から(病名:)を(施設名:)で治療中

・()年頃から(病名:)を(施設名:)で治療中

○今までにかかったことのある主な病気や怪我・手術があればご記入下さい。

・()年頃、(病名:)を(施設名:)で治療した

・()年頃、(病名:)を(施設名:)で治療した

○これまでに心療内科・精神科を受診されたことはありますか?

・()年頃、(病名:)を(施設名:)で {治療終了・治療中}

・()年頃、(病名:)を(施設名:)で {治療終了・治療中}

○現在、常用中(いつも飲んでいる)のお薬やサプリメントがありますか? {有・無}

→「有」の場合は、分かる範囲で薬品名等をご記載下さい。お薬手帳をご提示ください

○今回の体調不良で一番心配していること・困っていることを自由にご記載下さい。

(例: 癌ではないか心配、仕事・学校に行けない、胎児に影響がないか心配)

(続けて、次の頁にご回答ください)

○最近1ヶ月の体調についてご記入下さい。

1) 睡眠: {眠れる・眠れない・寝すぎる} → 「眠れない」・「寝すぎる」の場合、詳しく状態をご記載下さい(例: なかなか寝付けない、夜中に何度も目が覚める)

2) 食欲: {ある・ない・あり過ぎる} → 「ない」・「あり過ぎる」の場合は、詳しく状態をご記載下さい(例: 空腹感がなく1日に1食しか食べられない、いつも食べている)

3) 食事と症状の関係:

パン、パスタ、うどんなどを食べると症状は {変わらない、悪化する、食べていない}

4) 便通;

回数 (日に 回)、硬さ: {下痢・軟便・普通・やや硬い・とても硬い}

下剤の使用: {なし・あり}(ありの場合: 使用頻度は 日に 回)

5) 飲酒・喫煙

※飲酒: {飲まない・飲む・飲んでいた}

種類 ()、量 (/日)、頻度 {毎日、時々、稀に}

* たばこ: {吸わない・今は吸っていない・吸う(1日に 本程度・ 年間)}

6) アレルギー: {あり・なし・わからない}

食べ物 () (症状)

薬 () (症状)

7) (女性にお伺いします) 月経: {順・不順・閉経 (歳)}

* 最終月経はいつでしたか?: 月 日 (日間、約 日周期)

* 現在、妊娠中または、その可能性がありますか? {はい(妊娠 ヶ月)・いいえ・わからない}

* 生理と症状は関係しますか? {関係する・関係しない・その他 ()}

○職業・職種(現在の職業・学校についてご記入下さい)

○ご家族(両親・配偶者・子ども・兄弟)の年齢と性別をご記入下さい

()人兄弟の()番目として出生 (出生地)

・父親 (歳) 同居・別居・死別 ・母親 (歳) 同居・別居・死別

・配偶者 (歳) 同居・別居・死別

・子ども (歳: 男・女) 同居・別居・死別、(歳: 男・女) 同居・別居・死別

(歳: 男・女) 同居・別居・死別、(歳: 男・女) 同居・別居・死別

・その他 (歳) 同居・別居・死別

* ご家族に似たような症状の方がいますか? → {はい・いいえ・わからない}

「はい」の場合: どなたですか?(複数回答も可です)

* ご家族で心療内科・精神科に通院している・通院していたことがある方がいますか?

→ {はい・いいえ・わからない} 「はい」の場合はどなたで、どんな病気ですか?

以上です。ご記入ありがとうございました。(2025年4月)