

「診察前」ご協力のおねがい

「胸」もしくは「おなか」の症状を少しでもお持ちのみなさまに
診察させていただく上で重要な質問になります

わかる範囲でご記入をお願いいたします

 の項目にご記入をお願いいたします

何かご不明な点がありましたら、お気軽に事務職員の方へ声をおかけください。

基本情報

	1	お名前	
	2		
	3	性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
	4	生年月日・年齢	年 月 日
	5	身長	cm
	6	体重	kg
	7		
	8	喫煙	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	9	飲酒	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>有を選択した場合、下記を記入してください</small> 【種類】 <input type="checkbox"/> 日本酒 <input type="checkbox"/> ビール <input type="checkbox"/> ワイン <input type="checkbox"/> その他 【頻度】 ()
	10	他 胃腸薬の服用	<input type="checkbox"/> 六君子湯 <input type="checkbox"/> Rebamipide (ムコスタ) <input type="checkbox"/> Mosapride (ガスモチン) <input type="checkbox"/> Acotiamide (アコファイド) <input type="checkbox"/> Famotidine (ガスター) <input type="checkbox"/> Metoclopramide (プリンペラン) <input type="checkbox"/> Sucralfate (アルサルミン) <input type="checkbox"/> その他 (その他を選択した場合→ <input type="text"/>)
	11	併用薬の有無	<input type="checkbox"/> カルシウム拮抗剤 <input type="checkbox"/> 亜硝酸薬 <input type="checkbox"/> 三環系抗うつ薬 <input type="checkbox"/> 非ステロイド性消炎鎮痛薬 <input type="checkbox"/> アスピリン <input type="checkbox"/> ビスフオスフォネート系薬剤 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> α-グルコシダーゼ阻害薬 <input type="checkbox"/> インクレチン関連薬 <input type="checkbox"/> その他 (その他を選択した場合→ <input type="text"/>)
	12	他疾患・体系	<input type="checkbox"/> 腰椎後弯変形 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 糖尿病神経障害 <input type="checkbox"/> 便秘症 <input type="checkbox"/> その他 (その他を選択した場合→ <input type="text"/>)
	13	ヘリコバクターピロリ感染	<input type="text"/> (その他を選択した場合→ <input type="text"/>)

裏面もございます。

はじめて、この用紙に記入される方は1番上の欄「**1**」のみになります。
 当てはまる に✓をお願いいたします。

1

問診票

GERDの診断: GerdQ総スコアが8pt以上 (治療効果判定: 黄色枠内に一つでもチェックがあれば「治療効果不十分」)

問診日 (西暦)		全くない	1日	2-3日	4-7日
	問診日 (西暦) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
1	胸焼け(肋骨のうしろが焼けるような感じ)はどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	胃に入っているもの(液体または食物)が喉や口のほうまで上がってきたこと(逆流)はどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	上腹部中央の痛みはどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	吐き気はどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	胸焼けや逆流のために、夜、快眠がえられなかったことはどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	胸焼けは逆流のために医師から指示された以外の薬(市販の胃薬等)を服用したことはどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2

問診票

GERDの診断: GerdQ総スコアが8pt以上 (治療効果判定: 黄色枠内に一つでもチェックがあれば「治療効果不十分」)

問診日 (西暦)		全くない	1日	2-3日	4-7日
	問診日 (西暦) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
1	胸焼け(肋骨のうしろが焼けるような感じ)はどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	胃に入っているもの(液体または食物)が喉や口のほうまで上がってきたこと(逆流)はどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	上腹部中央の痛みはどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	吐き気はどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	胸焼けや逆流のために、夜、快眠がえられなかったことはどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	胸焼けは逆流のために医師から指示された以外の薬(市販の胃薬等)を服用したことはどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3

問診票

GERDの診断: GerdQ総スコアが8pt以上 (治療効果判定: 黄色枠内に一つでもチェックがあれば「治療効果不十分」)

問診日 (西暦)		全くない	1日	2-3日	4-7日
	問診日 (西暦) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>				
1	胸焼け(肋骨のうしろが焼けるような感じ)はどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	胃に入っているもの(液体または食物)が喉や口のほうまで上がってきたこと(逆流)はどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	上腹部中央の痛みはどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	吐き気はどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	胸焼けや逆流のために、夜、快眠がえられなかったことはどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	胸焼けは逆流のために医師から指示された以外の薬(市販の胃薬等)を服用したことはどのくらいありましたか?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ご協力ありがとうございました