

# 初診の患者様へ

● 問診票を印刷、記入してお持ちいただくか、下記のアドレスにデータでお送りください。

メールアドレス： [lukesashiya@gmail.com](mailto:lukesashiya@gmail.com)

～初診時にお持ち頂く物～

- 保険証
- お薬手帳
- サプリメントを内服されている場合は内容が分かるもの
- これまでの検査データ  
(採血、C T、大腸内視鏡検査、胃カメラ、バイオロジカル検査、健診結果など)

～お願い～

- ご予約の 30 分前には来院してください
- キャンセル時は前日（前日が休診の際には前々日）までにご連絡をください  
(当日キャンセルはキャンセル料が発生します)
- ルークスコースの場合、裸足で検査をしますので脱ぎやすい靴下でご来院ください
- お支払いの際に VISA / Mastercard カード、PayPay がご利用できます

初めて受診いただく前に、今お困りの症状について発症の経過や治療についても書いてください。特に難病等で経過の長い患者様については、通常ですと診察に相当の時間を要しますが、必要な情報を予めいただくことで、よりスムーズに診察を受けていただけます。効果的な治療を実施するため必要な情報ですのでご協力をお願いいたします。

※ご来院までに当院ホームページをお読みいただき、コンセプトを理解しておいてください。

※問診票は次のページにあります。



Luke's Ashiya Clinic

ルークス芦屋クリニック

# 問診票

氏名	
ふりがな	
年齢	歳
住所	
電話番号	
Email	
既往歴	(これまでに大きな病気をされたことはありますか？具体的に)
家族歴	(ご家族で大きな病気をされた方はいらっしゃいますか？具体的に)
アレルギー歴	(アレルギーはありますか？具体的に)

① 今お困りの症状について

--

② その症状の経過

--

③ これまでの治療内容

--

④ その他、院長に伝えておきたいことがあればお書きください。

--

これまでに使用した主な薬の薬名、1日量、使用期間を分かる範囲で記入して下さい。  
特に、自己免疫疾患等に対して使用されたステロイド薬、免疫抑制薬、抗リウマチ薬  
などは必ず記載してください。

---

\*薬名 ( ) 1日量 ( ) 使用期間 ( 年 月 ~ 年 月)

---

\*薬名 ( ) 1日量 ( ) 使用期間 ( 年 月 ~ 年 月)

---

\*薬名 ( ) 1日量 ( ) 使用期間 ( 年 月 ~ 年 月)

---

\*薬名 ( ) 1日量 ( ) 使用期間 ( 年 月 ~ 年 月)

---

\*薬名 ( ) 1日量 ( ) 使用期間 ( 年 月 ~ 年 月)

---

\*薬名 ( ) 1日量 ( ) 使用期間 ( 年 月 ~ 年 月)

---

\*薬名 ( ) 1日量 ( ) 使用期間 ( 年 月 ~ 年 月)

---

※他に飲んできた薬があれば、薬名を書いて下さい。

<各症状に対して、過去3～4ヶ月間で該当する箇所に○を付けて下さい>

全く・減多にない： 起きる頻度は1ヶ月に数回程度かそれ以下。また、症状があったとしても生活に支障をきたすほどではない。		全く・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
たまにある：ストレス、食事、疲労、あるいはその他の特定できる要因と関連して発症する。					
度々ある：1週間に2～3回ある。					
頻繁にある：1週間に4回以上起こる、もしくは定期的にある。					
1	食後に、胃もたれを起こしたり、食べたものが逆流（胸焼けなど）したりする				
2	食後に、過剰にげっぷが出る				
3	食事中あるいは食後に胃や腹部の痙攣（けいれん）が生じる				
4	食事中、あるいは食後に胃もたれ、不快な満腹感や腹部膨満感を感じる				
5	口の中に不快な味が残る				
6	少量食べただけで、満腹になる				
7	食欲が無いため、食事を抜いてしまう、食生活が不規則である				
8	食べ物のことを考えたり、あるいは料理の臭いがきつかったりすると、消化管の不快症状が悪化したり、おなかが痛くなったりする時がある				
9	十分な食事をしても、食後1～2時間で空腹を感じる				
10	食後に、腹痛あるいは胃の灼熱感（焼けるような痛み）が1～4時間続く				
11	腹痛や胃の灼熱感が起きるが、それらは炭酸飲料、牛乳や乳飲料の摂取あるいは制酸剤の服用によって軽減する				
12	胸の下部に焼けるような感覚を感じる（特に横になった時あるいはかがんだ時）				
13	忙しかったり、ストレスを感じたりすると消化不良を生じる	いいえ		はい	
14	辛いもの、油っぽいもの、チョコレート、コーヒー、アルコール、あるいは柑橘類を摂ると腹痛や胃のむかつきを起こす				
15	食べると吐き気がする				
16	食べ物や飲み物を、飲み込むのが困難、あるいは喉の周辺に痛みを生じる				

		全く・減多にない	たまにある	度々ある	頻繁にある
17	左上腹部（肋骨のすぐ下）をマッサージすると、ヒリヒリした痛みや圧痛を感じる				
18	食後2～4時間後に、膨満感、満腹感、あるいは腹部の緊張感がある				
19	下腹部に、不快感があるが、おならや排便後に軽減される				
20	特定の食べ物や飲み物によって、消化不良を起こす				
21	1日のうちで、便の硬さあるいは形状が変わる（例：細い、ゆるい等）				
22	便が臭く大変気になる				
23	便に未消化の食べ物が、混ざっている				
24	1日に3回以上、排便がある				
25	頻繁に、下痢（水様便）をする				
26	食べた直後（1時間以内）に排便がある				
27	大腸（下腹部）に不快感や痛み、あるいは痙攣が起きる				
28	精神的ストレス、あるいは生野菜や果物の摂取により、膨満感、痛み、またはおなかの張りを生じる				
29	大抵、便秘している（あるいはいきまないと便が出ない）				
30	便の量が少なく、硬くてコロコロ便である				
31	便に、粘液が混じっている				
32	便秘と下痢を、繰り返している				
33	直腸部分に、一過性の痛みがおこる（時に激痛～漠然とした痛み）				
34	便意を催さない		いいえ		はい
35	常に、排便したい感じがある		いいえ		はい

		全く当てはまらない	あまり当てはまらない	まあそうだ	全くその通りだ
1	イライラすることが多い				
2	よく気分が落ち込む				
3	眠っても疲れが取れずにたまっている感じ				
4	冬でなくても手足が冷たい				
5	膨満感がある				
6	記憶障害や頭にもやがかかった感じがある				
7	便秘がちである				
8	物事を決められない				
9	良く足がつる				
10	耳鳴りがする				
11	すぐに息切れする				
12	胸焼けがある				
13	かゆみや理由のわからない湿疹ができる				
14	感覚過敏（光、音、皮膚、におい）がある				
15	このまま消えてしまいたいとしばしば思う				
16	入眠しにくい、途中で目がさめて寝られない				
17	しばしば関節が痛む				
18	しばしば動悸がする				
19	しばしば下痢をする				
20	いろいろのことに興味がわかなくなった				
21	気分が焦るだけで物事が進まない				
22	物事に集中できない				
23	自分を傷つけたいくなる				
24	のどに物が詰まった感じがする				
25	しばしば約束の時間に間に合わない				
26	こだわりが強いと言われる				
27	小さい時から落ち着きがないと言われていた				
28	人の顔が覚えにくかったり、表情を読みにくい				
29	うっかりミスや忘れ物、失いものをしばしばする				
30	片付けが苦手だ				