

当院を初めて受診される方へ

以下の質問にできるだけお答えください。より適切な診療をするための資料とさせていただきます。
気分がすぐれず、ご自分で記入できない場合はお申し出ください。

ふりがな

お名前： _____ (生年月日： 大正・昭和・平成 年 月 日)

ご住所： _____ 電話 _____
携帯 _____

(緊急時の連絡先： お名前 _____ (続柄) _____ 電話 _____)

(未成年の方は保護者の連絡先： お名前 _____ (続柄) _____ 電話 _____)

どのような症状でお困りですか？ (身長 _____ cm、体重 _____ kg)

おなかの痛み (部位： みぞおち 下腹部 右腹部 左腹部)

おなかの張り 吐き気 もたれ 胸やけ 便秘 下痢

肛門の痛み・腫れ 血便 (便に血液が付く)

かぜ (発熱・せき・鼻水など) 体がきつい・食欲がない

検診異常の精密検査 その他 (_____)

上記の症状について、もう少し具体的に書いてください。(いつから、など)

(_____)

ご希望の検査があれば○で囲んでください。

1.血液検査 2.胃カメラ 3.大腸カメラ 4.超音波検査 5.レントゲン 6.その他 (_____)

これまで薬や注射の副作用でアレルギー反応をおこしたことはありますか？

1.ない 2.ある (どんな薬ですか？ _____)

これまでにかかった病気・ケガなどについて教えてください。

() 歳の時 病名 (_____) () 歳の時 病名 (_____)

() 歳の時 病名 (_____) () 歳の時 病名 (_____)

現在かかっている病気・のんでいる薬などがあればおしえてください。

(_____)

タバコはสู�ますか？ はい (1日 _____ 本) × (_____ 年)

いいえ (現在禁煙中)

酒類は飲みますか？ はい (1日の飲酒量： _____)

いいえ

現在妊娠していますか？ はい いいえ 可能性あり