

診療申込書 <当日胃カメラ用>

来院時体温

°C

フリガナ	生年月日			年齢
氏名	(男・女)	昭・平	年 月 日	歳
住所	(〒 - -)		自宅	- - -
			電話	携帯
勤務先			職業	

◇ 現在の症状であてはまるものをすべて選択してください。

- 胃もたれ 胸焼け げっぷ
 腹痛（胃部・下腹部） のどの違和感 吐き気・嘔吐
 定期検査 健康診断等で要検査と診断された
 その他 ()

◇ その症状はいつ頃からですか？

- 今日 昨日 (時頃) 2、3日前 その他 ()

◇ 胃カメラ検査を受けたことはありますか？

- はい（検査時期：年前） いいえ
→ 結果：逆流性食道炎・胃炎・胃ポリープ・胃潰瘍・十二指腸潰瘍
その他 ()

◇ 胃カメラ検査の際、鎮静剤（麻酔の注射）の使用を希望しますか？

- はい いいえ 医師と相談したい

◇ ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？

- はい（検査時期：年前） いいえ
→ 結果：陽性・陰性

◇ 【陽性だった方】ピロリ菌の除菌治療は行いましたか？

- はい（1回・2回） いいえ
→ 結果：成功・失敗

- タバコを吸いますか？ 吸う（1日 本 歳頃から） 以前吸っていた 吸わない
 お酒を飲みますか？ 飲む（毎日・時々） 飲まない
 【女性の方】妊娠の可能性はありますか？ ある ない わからない 妊娠中
授乳中ですか？ はい いいえ
 なぜ当院を選ばれましたか？（複数回答可）
 家、職場から近い 家族が通院している 知人、友人の勧め 他の医療機関からの紹介
 ネット検索 通りかかり その他 ()

※ お薬手帳や検査結果等をお持ちの方は受付に提出してください。