

診療申込書

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	

◇ 本日はどうされましたか？

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 胃もたれ | <input type="checkbox"/> 胸焼け | <input type="checkbox"/> げっぷ | <input type="checkbox"/> 腹痛（胃部・下腹部） |
| <input type="checkbox"/> のどの違和感 | <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 | <input type="checkbox"/> 下痢 | <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 血便 |
| <input type="checkbox"/> 胃カメラ希望 | <input type="checkbox"/> 大腸カメラ希望 | <input type="checkbox"/> 健康診断等で要検査と診断された | |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり | <input type="checkbox"/> せき | <input type="checkbox"/> 発熱（ °C) |
| <input type="checkbox"/> 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 ()

◇ 本日、飲食はされていますか？

- はい いいえ
→ 最終飲食時間 (時 分)

◇ 飲んでいる薬、サプリメントはありますか？

- 飲んでいない 飲んでいる ()

※ お薬手帳をお持ちの方は受付に提出してください。

◇ 次の病気をしたことがありますか？

- | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|-------|------|---------|-----|-----|---|
| <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> ある (あてはまるものに○をお付けください) | | | | | | |
| 糖尿病 | 高血圧症 | 脂質異常症 | 心臓疾患 | 腎臓疾患 | 肺疾患 | 脳疾患 | 癌 |
| 胃・十二指腸潰瘍 | | 肝臓疾患 | 膵臓疾患 | その他 () | | | |

◇ アレルギーはありますか？

- ない ある
薬 () ・食べ物 () ・その他 ()

 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)

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家、職場から近い | <input type="checkbox"/> 家族が通院している | <input type="checkbox"/> 知人、友人の勧め | <input type="checkbox"/> 他の医療機関からの紹介 |
| <input type="checkbox"/> ネット検索 | <input type="checkbox"/> 通りかかり | <input type="checkbox"/> その他 () | |