

診療申込書

来院時体温

℃

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

◇ 本日はどうされましたか？

- 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 下痢 便秘 血便
 胃カメラ希望 大腸カメラ希望 健康診断等で要検査と診断された
 のどの痛み 鼻水・鼻づまり せき 発熱（ ℃）
 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？

- いいえ はい → 最終飲食時間（ 時 分）

◇ 現在または過去にかかった病気を教えてください。

- ない 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 前立腺肥大症 緑内障 気管支喘息
 その他（ ）

◇ 今までに、お腹の手術を受けたことはありますか？

- ない ある（ ）

◇ 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（ ）

◇ 今までに、薬や麻酔を使って気分が悪くなったり、アレルギーを起こしたことがありますか？

- ない ある（ ）

○ 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（ ）

※ お薬手帳や健診結果等をお持ちの方は受付へ提出してください。