

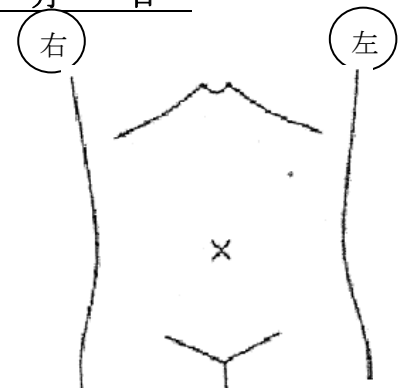
お待ちしている間にお書きください

初診・初再診用

お名前 / ID 日付 平成 年 月 日

生年月日 T・S・H 年 月 日 ( 歳)

わかる範囲でお答えください 身長 cm、体重 kg



症状のある部位に○を付けてください

1. 今日はどうなされましたか？

- 健診などで異常指摘され、精密検査希望
- セカンドオピニオンなどの相談
- 症状があるため受診       その他 ( )

2. どのような症状ですか？

- に当てはまらない方は括弧に記載をお願いします。
- 胸やけ    下痢    便が黒い    眼あるいは皮膚が黄色い    背部痛    腹部膨満感
- 吐き気    便に血が混ざる    飲み込むのがつらい
- 体重減少   ー ( ) kg / ( ) 日前から・( ) 週間前から・( ) ケ月前から
- 腹痛 ( ) 日前から・( ) 週間前から・( ) ケ月前から

( )

3. 今までかかった病気を教えてください。手術したことがあればその他に記載をお願いします。

- 糖尿病   高血圧   心臓病   脳梗塞   肝疾患   胆石   胃・十二指腸潰瘍
- 骨折   不整脈   前立腺肥大症   緑内障   輸血歴 (あり・なし)
- 潰瘍性大腸炎   クロウン病   その他 ( )

4. 服用している薬とサプリメントを教えてください。手帳をお持ち出ない方は下記に記載してください。

( )

5. お酒は飲みますか？

- 飲まない    飲む       付き合い程度    週 3-4 回    毎日
- ビール    日本酒       焼酎       ワイン       ウイスキー
- 1 回量は？ ( )

6. タバコは吸いますか？

- 吸わない    以前あり      本/日 × 年間
- 現在も喫煙中      本/日 × 年間

7. アレルギーはありますか？

- なし       あり      薬剤 ( )
- なし       あり      食物 ( )

8. 3ヶ月以内に海外への渡航歴はありますか？

- なし       あり      渡航した国 (都市まで記入) ( )
- 渡航期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日迄)

9. 女性の方へ ①妊娠の可能性はありますか？  なし    あり (妊娠 ヶ月)

②生理中ですか？  はい    いいえ

10. 他に心配なことはありますか？書ききれなければ裏をご利用ください

( )