

はじめて来院された方へ

(下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。)

| | | | | |
|-------|----------|-------------|-----|-------------------------------|
| ふりがな | | 男 ・ 女 | ご住所 | (〒 -) |
| お名前 | | | | |
| 自宅電話 | () | | | |
| 連絡先電話 | | | | 明・大・昭・平 年 月 日生 |

身長 cm, 体重 kg, 熱 度

1. 今回、どのようなことでおいでになりましたか？

腹痛、胃痛、食欲がない、体重減少、便が出にくい、下痢、血便、嘔吐、
肛門の異常、風邪症状（のどの痛み、咳、鼻水など）、胸痛、息苦しさ、打撲外傷、腰痛、
関節痛、健診で異常を指摘された、健康診断、内視鏡検査、診療相談

その他 _____

●その症状はいつ頃から始まりましたか？（ 月 日から）（ 日前ごろから）

2. いままでに病気をしたことがありますか？

特になし 糖尿病、高血圧、高脂血症、痛風、心臓病、肺炎、喘息、結核、腎臓病、
肝臓病、胃腸病、胃がん、大腸がん、その他のがん（ ）

その他 _____

3. 今までに輸血や手術を受けたことがありますか？

はい いいえ

●‘はい’と答えられた方はその時期、病院名、手術名などがわかればお書きください。

_____ 年頃

4. 今までに食べ物を食べたり、薬を飲んだり、注射をしたあとで気分が悪くなったり、体にかゆみやポツポツがでたり、その他のアレルギー疾患の症状がでたことがありますか？

特になし たまご、その他の食餌、キシロカイン(局所麻酔剤)、ヨード(造影剤)、光線過敏、
アトピー、ピリン系、抗生物質、その他の薬（ ）

その他 _____

5. ご家族に以下の病気にかかった人はいますか？

特になし 糖尿病、高血圧、高脂血症、心臓病、脳卒中、喘息、結核、
B型肝炎、C型肝炎、肝臓病、胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん、前立腺がん、
その他のがん、その他 _____

どなたですか？

父、母、兄弟、姉妹、祖父、祖母、おじ、おば、その他 _____

6. 現在服用している薬 _____

7. 女性の方へ（○をつけて下さい）

現在妊娠中ですか？ はい いいえ 可能性がある

授乳中ですか？ はい いいえ