

フリガナ		性別	生年月日			
氏名		男・女	大・昭・平・令	年	月	日 歳
住所	〒 市・区・町・村					
連絡先	TEL	() -	本人携帯	() -		
緊急連絡先	フリガナ		ご関係			
	氏名		緊急連絡先	() -		

● 本日はどのような症状・理由で来院されましたか?

お腹の症状(痛み・下痢・吐き気・その他) お尻の症状 検診目的 発熱 咳 喉の痛み・違和感 胸痛
 その他(ご自由にご記入ください)

.....
 スタッフ記入欄(問診者):

.....
 血圧 / 脈拍 回 体温 °C 尿:蛋白() 糖() 卅糖() 潜血() 白血球() 細菌()

● ご希望の検査: 胃カメラ ・ 大腸カメラ ・ 腹部エコー ・ 胸部レントゲン ・ 尿検査 ・ 採血

● 内視鏡歴 (内視鏡希望の方のみ): 胃カメラ (初めて ・ 回目) / 大腸カメラ (初めて ・ 回目)

● 既往歴: なし ・ あり (当てはまるものに○をして余白に時期もご記入ください)

喘息 ・ 肺気腫 ・ 心臓病 ・ 高血圧 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 糖尿病 ・ リウマチ ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大症
 悪性疾患(がん):(部位)

その他(通院されている病院や過去の手術治療など、ご記入ください)

● 内服薬: なし ・ あり

(お薬手帳があればご提示ください。コピーをいただきます。お持ちでない方はご記入ください。)

● アレルギー: なし ・ 花粉 ・ 食べ物 () ・ ミント ・ その他 【 】

● いままでお薬をのんで調子が悪くなったことはありますか?名前や症状を教えてください

なし ・ あり (下記にご記入ください)

● 喫煙歴: 喫煙習慣がある (1日あたり 本 / 年間) ・ 以前喫煙していた (歳まで) ・ 喫煙しない

● 飲酒: 毎日 (ビール 缶 本 / 日本酒 合 / 焼酎 杯 / その他()) ・ 機会があれば ・ 飲まない

● 受診前に知っておいて欲しいことはありませんか? (妊娠中、授乳中、その他ご自由にご記入ください)

● マイナ保険証について: 診療情報取得に同意されますか? はい ・ いいえ

.....
 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。