

# はじめてのかたに

年 月 日

フリガナ		男 女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	配偶者
氏名						
住所	〒 -			職業		
携帯電話			自宅電話			

【身長： \_\_\_\_\_ cm ・ 体重： \_\_\_\_\_ kg】

【次の質問にあてはまる番号に○を付けてください。( )にも記入ください。】

1. いつから：今日から・( ) 日前から・( ) ヶ月前から ◆症状のある部位に○印をつけてください  
 症状：( )

2. 健診でいずれかの二次検診が必要と言われましたか

① 胃 ② 大腸(便潜血陽性) ③いいえ

3. 希望事項：①胃カメラ ②大腸カメラ ③その他( )

4. 現在、他の医院・病院にかかっていますか

①かかっている ②かかっていない

(病名： \_\_\_\_\_ ・ 病院名： \_\_\_\_\_ )

5. 現在、服用中の薬または、常用薬がありますか

①ある (薬の名前： \_\_\_\_\_ ) ②ない

6. 今までに次のような病気や、腹部の手術をした事がありますか ある方はご記入ください

①ある 糖尿病・脳梗塞・高血圧・心臓病(ペースメーカー)・心筋梗塞・ぜんそく・肝臓病  
 ・胃十二指腸潰瘍・前立腺肥大・その他( )

②手術 ( )

7. 今までに次のような検査をした事がありますか

①胃のバリウム ②胃カメラ ③便潜血検査 ④注腸(腸のバリウム) ⑤大腸カメラ

8. 今までに薬や注射、食べ物などでアレルギー(気分が悪くなったり)がでたことがありますか

①ある ( ) ②ない

9. タバコは吸いますか 7. アルコールはのみますか

①はい ②いいえ ①はい ②いいえ

10. 来院のきっかけ：①医師の紹介 ②インターネット ③看板 ④知人の紹介 ⑤その他

11. 女性の方へ：現在妊娠はされていますか ①はい( ) ヶ月 ②いいえ ③授乳中

