

はじめてのかたに

年 月 日

フリガナ		男 女	生 年 月 日	大 昭 平 令	正 和 成 和	年 月 日	_____ 歳	配偶者
氏名								あり なし
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
症状：() つけてください

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

