

ID

個人情報保護法により、当院からの連絡は緊急時以外拒否します。

診療申込書と初診時間診票

ふりがな _____

年齢 _____ 歳 性別 _____ 男性 _____ 女性

氏名 _____ 生年月日 _____ 大正 _____ 平成 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____ 勤務先 _____

連絡先 自宅 _____ 携帯 _____

家族連絡先（続柄： _____ ） _____

1. 本日のご相談内容は？（ 該当するものに☑、もしくは自由に記載して下さい ）

胃痛 胸やけ 腹痛 お腹の張り 便秘 下痢 検査希望 胃カメラ 大腸カメラ
 その他（いつから？ どのような症状？ 具体的に...） _____)
 (_____)
 (_____)

2. 現在治療中の疾患がありますか？

高血圧 コレステロール 糖尿病 尿酸(痛風) 脳梗塞 脳出血 心筋梗塞 狭心症 不整脈
 胃炎 逆流性食道炎 胃潰瘍 肝臓病(肝機能異常) 腎臓病 ぜんそく 花粉症
 緑内障(眼圧) 前立腺肥大 その他(_____)
 手術歴(_____)・輸血歴： あり・ なし
 がん(_____)
 ※かかりつけの病院・診療科は... (_____)
 現在服用中の薬： なし・ **あり**(薬名 _____)

3. 健康診断は、

半年以内に受けた(市健診・職場健診・人間ドック)・半年以上受けていない
 胃カメラを受けたことが... ない・ ある(_____ 年 _____ 月頃)(結果 _____)
 ピロリ菌の検査を受けたことが... ない・ ある(陰性 陽性 ⇒除菌は した していない)
 大腸カメラを受けたことが... ない・ ある(_____ 年 _____ 月頃)(結果 _____)

4. 両親・兄弟で下記の疾患にかかった方はいますか？

がん 高血圧 コレステロールが高い 糖尿病 痛風 脳卒中 心筋梗塞 狭心症

5. タバコ・アルコールなどの嗜好はありますか？

アルコール： 飲まない・ **時々飲む**・ **ほぼ毎日飲む**(何をどれくらい？ _____)
 タバコ： 吸わない・ **吸う**(1日 _____ 本 / 約 _____ 年間) タトゥー： ない・ ある
 サプリメント・健康食品： 飲まない・ 飲んでいる(種類 _____)

6. 今までに食べ物や薬品のアレルギー、副作用が出たことがありますか？

ない・ **ある**(具体的に... _____)

7. その他、希望などがありましたらご自由にお書きください。

(_____)

※差し支えなければご記入ください。⇒当院をどのようにしてお知りになりましたか？

当院ホームページ その他のインターネット情報(_____) 電車広告 バス広告 看板
 知人や家族(ご紹介者： _____ 様) その他(_____)