

# 初診申込書

平成 年 月 日

保険証と一緒にお願いします。

	ふりがな	男 女	明大昭平 年 月 日生 ( 才)
氏名			
住所	〒 TEL ( ) 携帯	職業	
会社名	TEL ( )	方	
この病院で診察を受けたことがありますか			区 市 病・医院 様 より紹介されました
<input type="checkbox"/> ある(昭和・平成 年頃) <input type="checkbox"/> ない			

(1) いつからどのような症状がでたか書いてください(枠内にあればあてはまるものを○で囲んでください)。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- \* 痛み (空腹時, 食後, 胃けいれん, 下腹部痛)
- \* げっぷ, はきけ, 嘔吐, つかえる, むねやけ, はる, もたれ, すっぱい水がでる, 重苦しい
- \* おなかにしこりがある
- \* 食欲不振, 体重減少, 倦怠感
- \* 便秘, 下痢, 血便, 黒色便, 粘液便, 排便時痛
- \* 発熱, 咳・痰がでる

(2) 身長 \_\_\_\_\_ cm      体重 \_\_\_\_\_ kg

・アルコール { 毎日 { ビール \_\_\_\_\_ 本, 酒 \_\_\_\_\_ 合, 焼酎 \_\_\_\_\_ 杯, 水割り \_\_\_\_\_ 杯 } }  
 { 週 \_\_\_\_\_ 回 } ・タバコ \_\_\_\_\_ 本/日  
 { ほとんど飲まない } ・コーヒー \_\_\_\_\_ 杯/日

(3) 今までにかかったことがある (または現在かかっている) 主な病気や手術について書いてください (枠内にあればあてはまるものに○をつけ当時の年齢を記入してください)。

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- |              |   |          |   |
|--------------|---|----------|---|
| * 胃・十二指腸潰瘍   | 歳 | * 高血圧症   | 歳 |
| * 胃炎         | 歳 | * 狭心症    | 歳 |
| * 胆石・胆のう炎    | 歳 | * 心筋梗塞   | 歳 |
| * 肝炎         | 歳 | * 糖尿病    | 歳 |
| * 黄疸         | 歳 | * 肺結核    | 歳 |
| * 虫垂炎(もうちょう) | 歳 | * 気管支喘息  | 歳 |
| * 痔          | 歳 | * 腎尿管結石  | 歳 |
| * 子宮筋腫       | 歳 | * 前立腺肥大症 | 歳 |
| * 貧血         | 歳 | * 緑内障    | 歳 |

- \* 薬や注射の副作用がありましたか? (ある・ない)
- \* アレルギー体質がありますか? (ある・ない)
- \* 輸血をうけたことがありますか? (ある・ない)

(4) 血縁の方で下記の病気にかかったことがある (または現在かかっている) 方がおられましたら○をつけてください。

- |                                   |        |
|-----------------------------------|--------|
| 1. 癌 (食道, 胃, 大腸, 肺, 肝, その他 _____) | 2. 肝臓病 |
| 3. 糖尿病                            | 4. 高血圧 |
| 5. 心臓病                            | 6. 脳卒中 |