

初診申込書

食事抜き・食事済み

20 年 月 日

保険証と一緒にお願いします。

ふりがな			大昭平	年 月 日生 (歳)
氏名	男 女			
住所	〒	☎ ()	職業	
		携帯 ()	当院受診の理由	①紹介(病院/医院/知人) 紹介元
会社名		☎ ()		②インターネット
当院で診察を受けたことがありますか? ・ある (昭和/平成 年頃) ・ない				

(1)いつからどのような症状がでたのか、具体的に書いてください。
(枠内に該当するものがあれば、してください)

.....	<input type="checkbox"/> 痛い(空腹時・食後・胃痛・胃けいれん・下腹部痛) <input type="checkbox"/> げっぷ <input type="checkbox"/> むねやけ <input type="checkbox"/> つかえる <input type="checkbox"/> すっぱい水がでる <input type="checkbox"/> はる <input type="checkbox"/> もたれ <input type="checkbox"/> 重苦しい <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> お腹のしこり <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 下血・血便 <input type="checkbox"/> 黒色便 <input type="checkbox"/> 粘液便 <input type="checkbox"/> 肛門の症状(痛い・腫れている・排便時痛) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳・痰 <input type="checkbox"/> 鼻水
--	---

(2)検査目的で受診の場合は、次のどちらかにしてください。また、ご希望の検査に○を付けてください。

<input type="checkbox"/> 健康診断で要精密検査 <input type="checkbox"/> 定期検診 (胃内視鏡・大腸内視鏡・CT検査・超音波検査・血液検査・その他 _____)

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

.....	<input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 歳 <input type="checkbox"/> 高血圧症 歳 <input type="checkbox"/> 胃・十二指腸潰瘍 歳 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 歳 <input type="checkbox"/> 胃炎・ピロリ菌感染 歳 <input type="checkbox"/> 糖尿病 歳 <input type="checkbox"/> 胆石・胆嚢炎 歳 <input type="checkbox"/> 高脂血症 歳 <input type="checkbox"/> 肝炎 歳 <input type="checkbox"/> 肺結核 歳 <input type="checkbox"/> 虫垂炎(もうちょう) 歳 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 歳 <input type="checkbox"/> 痔 歳 <input type="checkbox"/> 腎尿管結石 歳 <input type="checkbox"/> 子宮筋腫 歳 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 歳 <input type="checkbox"/> 貧血 歳 <input type="checkbox"/> 緑内障 歳
--	---

- *薬や注射の副作用がありましたか? (ない・ある:薬剤名 _____)
- *アレルギー体質がありますか? (ない・ある:具体的に _____)
- *輸血を受けたことがありますか? (ない・ある:具体的に _____)

(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)方がいましたら○を付けてください。

- 癌(食道・胃・大腸・肺・肝臓・胆嚢・胆管・膵臓・その他 _____)
- 肝臓病 3. 糖尿病 4. 高血圧 5. 心臓病 6. 脳卒中

(5)身長 _____ cm 体重 _____ kg

アルコール { 毎日 _____ 回 { ビール _____ 本, 酒 _____ 合, 焼酎 _____ 杯, 水割 _____ 杯, ワイン _____ 杯 } ・たばこ _____ 本/日
 { ほとんど飲まない } ・コーヒー _____ 杯/日