

初診時間診票

受診日： 年 月 日

ふりがな
氏名

生年月日：S H R 年 月 日

ご住所：〒

TEL (自宅)

携帯

E-mail:

※できる限り電話番号、携帯番号を両方ご記入ください

身長 _____ cm 体重 _____ kg

1 本日はどのような症状で来院されましたか?それはいつ頃からありましたか?

(_____)

2 (初診時、胃カメラ・大腸カメラの検査希望で受診された方は、別紙カメラ検査問診票にお答えください)

今までかかった病気があれば○をしてください

・高血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・心臓病 ・脳梗塞 ・肝炎 ・結核 ・がん
・腹部手術 詳細 (_____)

3 いつも飲んでいる薬がありますか?

はい (_____) いいえ

4 食べ物・薬でのアレルギーはありますか? はい (_____) いいえ

5 たばこは吸われますか? 吸わない 吸う (1日 _____ 本 _____ 歳から)
(_____ 年前に) 禁煙した

6 お酒は飲まれますか? 飲まない 飲む (週 _____ 回1日あたり _____)

7 かかりつけの医院があればご記入下さい

(_____ 病院・医院 _____ 科)

8 女性の方のみお答えください

妊娠または授乳中ですか? (いいえ・妊娠中・授乳中)

9 当クリニックをどのようにお知りになりましたか?

知人の紹介 (_____ 様) インターネット (ホームページ/その他)

クリニックを实际見て 他院の紹介 (_____ 様)

ご家族の紹介 その他 (_____)

※当院ホームページに超音波画像、内視鏡画像の掲載(匿名、撮影日時等個人情報につながる掲載はございません)を行うことがございます。掲載の可否を○印で記載ください。

なお、許可の可否によって診療に影響が出ることは一切ございませんのでご安心ください

掲載をを許可する

掲載を許可しない