

初診申込書

フリガナ

氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (_____ 才)

〒 _____ 住所 _____ 自宅 TEL _____ 携帯電話 _____

ご紹介者 _____ 様 身長 _____ cm/体重 _____ kg

*本日はどのような症状でいらっしゃいましたか？

胃… 空腹時痛・食後痛・もたれ・重苦しい・張る・つかえる・胸焼け
げっぷ・吐き気・嘔吐・健診・その他 (_____)

腸… 便潜血陽性・便秘・下痢・軟便・黒色・血便・下腹部痛
正常・その他 (_____)

*ピロリ菌は除菌しましたか？

はい・いいえ・わからない・ピロリ菌はいない

*お酒は飲みますか？ 飲む・ほとんど飲まない・まったく飲めない・以前は飲んだ

飲む方… 毎日・週に _____ 日・月に _____ 日・たまに

1日に飲む量は？ ビール _____ cc・日本酒 _____ 合・焼酎 _____ 合

ウイスキー _____ 杯・ワイン _____ 杯・その他 (_____) _____ 杯

*タバコは吸いますか？ 吸わない・吸う (1日 _____ 本)

*現在治療中の病気はありますか？ ない・ある【病名 _____ 】

*手術歴はありますか？ ない・ある (盲腸・婦人科・その他) 病名・年齢を記入してください

【 _____ 】 (_____ 才) 【 _____ 】 (_____ 才) 【 _____ 】 (_____ 才)

*今までにかかった病気 (病名・年齢を記入してください)

【 _____ 】 (_____ 才) 【 _____ 】 (_____ 才) 【 _____ 】 (_____ 才)

*日常飲んでいるお薬はありますか？ ない・ある (血圧・心臓・糖尿病・安定剤・その他)

ある方はお薬の名前を記入してください

(_____)

*最近、体重の増減はありますか？ 増えた・痩せた・変わらない

*お薬や注射によるアレルギー反応、及び気分が悪くなったことはありますか？

ない・ある (薬品名 _____) 症状 (_____)

* (女性の方) 現在妊娠していらっしゃいますか？ はい・いいえ

現在授乳していらっしゃいますか？ はい・いいえ

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ご署名 _____ ㊞