

申込日 年 月 日

初診申込書

フリガナ

年 月 日生

氏名

男
女 (才)

〒□□□-□□□□

ご自宅 TEL
勤務先または、携帯電話番号

住
所

身長

体重

ご紹介者

_____ c m

_____ k g

_____ 様

※当院では、患者様の間違いがないようにご案内ご説明などの際、お名前でお呼びしております。不都合のある方は、受付にお知らせ下さい。

※連絡事項があった場合、ご自宅へお電話する事もございます。

携帯電話をご希望の方は、ご記入下さい。(携帯電話番号: _____)

1. 以下のご質問にご記入をお願い致します。

・お酒、(飲む ・ ほとんど飲まない ・ まったく飲めない)

飲む頻度 (毎日 ・ 週 日 ・ 月 日)

1日に(ビール _____ ml ・ 日本酒 _____ 合 ・ 焼酎 _____ 合)

(ウイスキー _____ 杯 ・ ワイン _____ 杯)

・タバコ、(吸う (1日 _____ 本 / 箱) ・ 吸わない)

2. 本日はどん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 便通 (正常 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ 軟便 ・ 黒色 ・ 血便 ・ その他 _____)

下腹部痛 ・ 便潜血陽性

3. 現在治療中の病気がありますか なし ・ あり (病名 _____)

4. 手術歴 なし ・ あり (_____ 才)

ありの方 (盲腸 ・ 婦人科 ・ その他 _____)

5. 今までにかかったことのある病気 (病名、年齢をご記入ください。)

(1) _____ (才)、 (2) _____ (才)

6. 日常のんでいる薬がありますか

なし ・ あり (血圧 ・ 心臓 ・ 糖尿病 ・ 安定剤 ・ その他 _____)

7. 最近体重の増減がありますか (1) 増えた (2) やせた (3) かわらない

8. 女性の方へ

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

年 月 日 ご署名

印