

フリガナ： _____	当院で記入： ID _____
氏名： _____	昭和・平成・令和 年 月 日生／年齢 才
性別：男・女 _____	本日の体温 _____℃／新型コロナワクチン接種回数 ()回
住所：〒 _____	
固定電話：() - () - ()	
携帯電話：() - () - ()	
緊急時連絡先：() - () - ()／続柄 ()	

1. 受診の理由・症状の該当欄に をして下さい。

- 診察 予防接種・抗体検査 健診
- 腹痛 下痢 嘔気・嘔吐 便秘 残尿感 排尿時の痛み
- 胃痛 胸やけ 糖尿病の治療 のど渇き 手や足のしびれ
- 疲れやすい 胃カメラを希望 → 初めて / 経験がある(経口 / 経鼻)
- その他(_____)

2. 自覚症状のある方

→いつ頃からですか？ 年 月 日頃より

→経過について(どのような症状か・部位・困っている状態、等)ご記入下さい

例：腹部左下が、ズキズキする。治まったり、強くなったりが続いている。数日間、食事もとれていない。

3. 現在、治療中の病気がありましたら をお入れ下さい → なし

- 糖尿病 高血圧 脂質異常 高尿酸血症・痛風 喘息 花粉症
- 癌(_____) 心疾患 脳梗塞・脳血症 緑内障 前立腺肥大
- 手術経験 (内容 _____ : _____ 年 _____ 月頃)
- その他(_____)

4. 服薬治療中ですか？ → はい(お薬手帳をご提示下さい) / いいえ

治療中で、手帳をご持参でない方は、下記にご記入下さい。

薬剤名： _____

5. 薬剤アレルギーのある方は をお入れ下さい → なし

薬剤(薬剤名 _____) 消毒用アルコール

6. 以下の嗜好品で該当欄のある方は をお入れ下さい → なし

喫煙歴 : (_____)年間・本数(_____)本/日

アルコール : 週(_____)日/何を _____ /どれ位

7. 女性の方へ

- 妊娠中 妊娠の可能性がある 授乳中 あてはまらない