

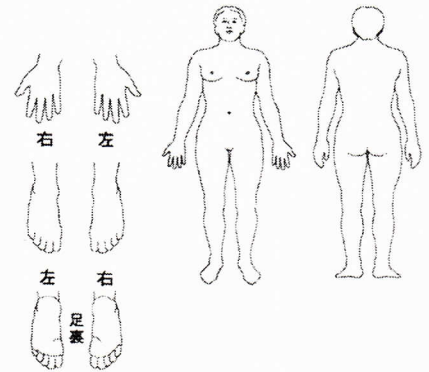
体温： _____ 患者 No. _____ H. _____ 年 _____ 月 _____ 日

☆診察を受けられる前に下記の太枠内をご記入の上、質問にお答えください。

御 名 前	フリガナ _____		
御 住 所	〒 _____		
電 話 番 号	(自宅)	(連絡先)	
生 年 月 日	昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)	性別	男 ・ 女
職 業		紹介者	

【1】本日はどのような症状で来院されましたか？

[_____]



- 市や会社の検診結果あるいは紹介状を持参した
- 内視鏡検査の予約をしている（予約を取りにきた）
- その他（ _____ ）

【2】今までにかかった病気や治療中の病気に✓印をつけ、診断を受けたときの年齢もお書き下さい。

- 特に大きな病気にかかったことや治療中の病気はない
- 胃・十二指腸潰瘍 (_____ 才)
- 胃炎 (_____ 才)
- 大腸ポリープ (_____ 才)
- 痔核・痔瘻 (_____ 才)
- 肝炎 (_____ 才)
- 胆石 (_____ 才)
- 膵炎 (_____ 才)
- その他 (_____)
- 高血圧症 (_____ 才)
- 狭心症・心筋梗塞 (_____ 才)
- 糖尿病 (_____ 才)
- 前立腺肥大 (_____ 才)
- 緑内障 (_____ 才)
- ぜんそく (_____ 才)
- 自律神経失調症 (_____ 才)

● 腹部および骨盤の手術を受けたことはありますか？

- ない
- ある 手術名 _____ 手術部位 _____ (_____ 才)
- ある 手術名 _____ 手術部位 _____ (_____ 才)

【3】現在服用中のくすりをお聞かせください。名前がわからなければ病名のみでも結構です。

例：心臓病（バイアスピリン）、胃潰瘍（パリエット）

- ない
- ある (_____)

【4】薬、食物へのアレルギーがあったり、歯科麻酔で気分が悪くなったことはありませんか。

原因薬剤、食物がわかればお書きください。例：キシロカインアレルギー

- ない
- ある (_____)

《女性の方へお尋ねします》

現在、妊娠中ですか。 いいえ ・ はい (現在 _____ 週/出産予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

現在、授乳中ですか。 いいえ ・ はい