

はじめて受診される患者様へ

◎次の項目について、わかる範囲で結構ですので簡単に記入して下さい。

後の、診察の参考にさせていただきます。

やまもと消化器内視鏡・外科クリニック

| | | | |
|---|--------------------------|--|-------|
| かな お名前 | 大正 昭和 平成 殿 男・女 ご生年月日 | 年 月 日 | ご年齢 才 |
| ご住所 〒 | | 電話 () — | |
| 身長 _____ cm 体重 _____ kg (最近の増減 _____ヶ月で _____kg 増えた・減った) | | | |
| 本日の受診された主な症状、目的、病名はなんですか？ □症状： □消化器の精査希望：胃・大腸・肝臓・胆嚢・膵臓・その他 □健診後の2次精密検査 | | | |
| 上記の症状は、いつから始まりましたか？またその後の経過はどうですか？ | | | |
| 右記病名を参考にこれまでの病気や手術があればご記入ください。 病名・手術 _____ (_____歳のとき)、 現在かかっている病気や内服薬があればご記入ください。 病名 _____ (処方薬： _____) あなたの父母兄弟などで右記などの病気にかかった人や、 亡くなった方がいますか？ 父 (_____) 母 (_____) 兄弟 (_____) その他 (_____) | | 高血圧・糖尿病 循環器 (心) 疾患 呼吸器 (肺) 疾患 (喘息など) 腎・疾患 胃腸疾患・肝胆膵疾患 脳神経疾患 前立腺肥大・緑内障 その他 | |
| 特定の薬・食物や麻酔 (歯科治療での) で、アレルギー症状 (じんましんなど) がでたり 体調が悪くなったことがありますか？ はい ・ いいえ | | | |
| いままで輸血を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ | | | |
| (女性の方のみ) 妊娠の可能性はありますか？ はい ・ いいえ | | | |
| アルコール：飲まない・飲む (ビール・日本酒・ワイン _____合/ml 毎日・週 2,3回・たまに) タバコ : 吸わない・吸っている (_____本/日) 禁煙した (_____年・か月前) | | | |
| かかりつけ医、または紹介元の医療機関をご記入下さい。 医療機関名 _____ 医師名 _____ | | | |