

# 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	ご年令 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：  □精密検査希望：胃・大腸・肝臓・胆嚢・膵臓・乳腺・その他 (本日は絶食？はい・いいえ) □健診後の2次精密検査 (健診結果 あり・なし)			
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： _____ ) □お薬手帳 あり・なし (お薬手帳があればご記入は結構です) 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 _____			