

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 誕生日 年 月 日 才
ご住所 〒	携帯電話()-()-() 固定電話()-()-()
身長_____cm 体重_____kg (最近の増減 _____ヶ月で _____kg 増えた・減った)	
<p>本日の受診された主な症状、目的、病名はなんですか？</p> <p><input type="checkbox"/>症状：</p> <p><input type="checkbox"/>いつから始まりましたか？ ()</p> <p><input type="checkbox"/>体温：ご自宅で計っている場合はご記入ください (°C) クリニックでの計測 (°C)</p> <p><input type="checkbox"/>本日は絶食ですか？ (はい・いいえ)</p> <p><input type="checkbox"/>精密検査希望：胃・大腸・肝臓・胆嚢・膵臓・乳腺 (授乳中ですか？はい・いいえ)・その他</p> <p><input type="checkbox"/>今回の症状で他院へ受診されたことはありますか？ いいえ はい⇒処方薬・検査内容等ご記入ください ()</p> <p><input type="checkbox"/>健診等の結果 (あり・なし) 健診等の結果は事前に受付にご提出ください</p> <p><input type="checkbox"/>女性の方のみ：妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)</p>	
<p>・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)、</p> <p>・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_____</p> <p>処方薬：()</p> <p><input type="checkbox"/> お薬手帳：あり・なし (現在服用中の場合はご提出ください)</p> <p>・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？ 具体的にご記入ください。 父 () 母 () 兄弟 () その他 ()</p>	<p>大腸癌・大腸ポリープ 胃癌・ピロリ菌陽性 高血圧・糖尿病 循環器 (心) 疾患 呼吸器 (肺) 疾患 腎疾患・肝胆膵疾患 脳神経疾患 前立腺肥大・緑内障 その他</p>
<p>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</p>	
<p>いままで輸血を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ</p>	
<p>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)</p>	
<p>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 _____</p>	

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するためにマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。