

初めてご来院の方へ

令和 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	性別
お 名 前		明 大 昭 平 年 月 日生 (歳)	男・女
ご 住 所	〒 —	電話番号 () — 携帯番号 () —	
勤 務 先 (ご連絡先)		電話番号 () —	

下記項目について記入、もしくは○で囲んでください。もし記入の方法で分からないことがありましたら、窓口でお聞きください。

1) 本日は、どのような症状でおいでになりましたか？ 又、その症状はいつごろからですか？

2) 今まで入院するような大きな病気にかかったことがありますか？ はい ・ いいえ
はいと回答された方、病名は：

3) 今までに手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ
はいと回答された方、手術名は：

4) 今までに輸血を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

5) 今までにB型肝炎ウイルスもしくは、C型肝炎ウイルスの感染と診断されたことがありますか？
はい () ・ いいえ

6) 今までに薬を飲んだり、注射を受けた後で気分が悪くなったり、身体に発疹が出た事がありますか？
わかれば具体的に： はい ・ いいえ

7) 現在服薬中のお薬はありますか？ はい ・ いいえ
薬品名：

8) 抗凝固剤薬*の服用はありますか？ はい ・ いいえ

*抗凝固剤薬・・・血をサラサラにするお薬です。脳疾患、心臓病などで処方されている方はお申し出ください。

9) 過去に ・胃内視鏡検査(胃カメラ)もしくは ・大腸内視鏡検査 を受けたことがありますか？
胃内視鏡検査(胃カメラ)：はい (いつ頃ですか： 頃) ・ いいえ
大腸内視鏡検査：はい (いつ頃ですか： 頃) ・ いいえ

10) 女性の方にお伺いします。現在妊娠されてますか？
はい ・ いいえ

11) その他質問されたいことがあれば、お書きください。