

初診時間診票

受診日： 年 月 日 氏名： ふりがな

ご住所： 〒

生年月日 S・H 年 月 日 電話番号 携帯番号

※ 出来る限り電話番号、携帯番号を両方ご記入いただきますようお願い申し上げます。

身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg

1 どのような症状 が いつ頃 からありましたか

(_____)

2 (初診時に胃カメラ・大腸カメラ検査を希望で受診された方は、質問 2~8 はスキップ可。別紙カメラ検査問診票にお答え下さい。)

今までかかった病気があれば○をしてください

・高血圧 ・糖尿病 ・喘息 ・心臓病 ・脳梗塞 ・肝炎 ・結核 ・がん
・腹部手術 詳細(_____)

3 いつも飲んでいる薬がありますか？

はい(_____)、いいえ

4 アレルギーはありますか？ はい(_____)、いいえ

5 たばこは吸われますか？ 吸わない、吸う(1日に _____ 本、 _____ 歳から)、(_____ 年前に)禁煙した

6 お酒は飲まれますか？ 飲まない、飲む(週 _____ 回、1日あたり _____)

7 かかりつけの病院、医院があればご記入ください(_____ 病院・医院 _____ 科)

8 女性の方のみ、お答えください。

妊娠または授乳中ですか？ (いいえ・妊娠中・授乳中)

9 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

知人の紹介(_____ 様) インターネット(ホームページ / その他)
 クリニックを实际見て 他院の紹介(_____ 様)
 ご家族の紹介 その他(_____)

※当院ホームページに超音波画像の掲載(匿名、撮影日時等個人情報につながる掲載はございません)を行うことがございます。掲載の許可の可否を○印で記載下さい。なお、許可の可否により診療に影響がでることは一切ございませんのでご安心下さい。

・掲載を許可する

・掲載を希望しない