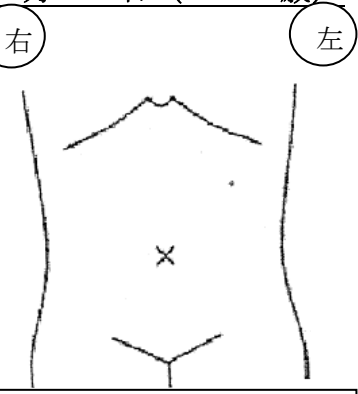


お待ちしている間にお書きください

お名前 / ID / 生年月日 年 月 日 (歳)

身長 cm / 体重 kg / 体温 °C

マイナ保険証による診療情報取得に同意 しない する 持っていない



わかる範囲でお答えください

1. 今日はどうなされましたか？

- 健診などで異常指摘され、精密検査希望 症状があるため受診
- セカンドオピニオンなどの相談 その他 ()

2. どのような症状ですか？

- に当てはまらない方は括弧に記載をお願いします。
- 胸やけ 下痢 便が黒い 眼あるいは皮膚が黄色い 背部痛 腹部膨満感
- 吐き気 便に血が混ざる 飲み込むのがつらい
- 体重減少 () kg / () 日前から・() 週間前から・() ケ月前から
- 腹痛 () 日前から・() 週間前から・() ケ月前から

()

3. 今までかかった病気を教えてください。手術したことがあればその他に記載をお願いします。

- 糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞 肝疾患 胆石 胃・十二指腸潰瘍
- 骨折 不整脈 前立腺肥大症 緑内障 輸血歴 (あり・なし)
- 潰瘍性大腸炎 クロウン病 その他 ()

4. 服用している薬とサプリメントを教えてください。手帳をお持ち出ない方は下記に記載してください。

()

5. お酒は飲みますか？

- 飲まない 飲む 付き合い程度 週3-4回 毎日
- ビール 日本酒 焼酎 ワイン ウイスキー
- 1回量は？ ()

6. タバコは吸いますか？

- 吸わない 以前あり 本/日× 年間
- 現在も喫煙中 本/日× 年間

7. アレルギーはありますか？

- なし あり → ()

8. 3ヶ月以内に海外への渡航歴はありますか？

- なし あり 渡航した国 (都市まで記入) ()
- 渡航期間 (年 月 日 ~ 年 月 日迄)

9. 女性の方へ ①妊娠の可能性はありますか？ なし あり (妊娠 ヶ月)

②生理中ですか？ はい いいえ

10. 他に心配なことはありますか？書ききれなければ裏をご利用ください

()