

記入日： 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ (カナ： \_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 年 月 日生 ( 歳 )

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ Kg 血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 脈拍： \_\_\_\_\_ 回/分

・本日食事はしていますか？ (いいえ・はい:何時頃? \_\_\_\_\_ ・何を食べていますか? \_\_\_\_\_)

・薬、食品のアレルギーはありますか？

(ない・ある: 造影剤・抗生剤 \_\_\_\_\_ ・その他薬 \_\_\_\_\_ ・食品 \_\_\_\_\_)

【受診理由】 当院を受診された理由は何ですか？ (症状も含めて)

・定期診察 ・定期検査 ・検診、健診で指摘 ・胃痛 ・腹痛 ・血便(赤色・黒色)

【現病歴】 現在通院中の病気はありますか？ ( ない ・ ある )

病名 \_\_\_\_\_ 通院している病院名 \_\_\_\_\_ 年 月頃より

病名 \_\_\_\_\_ 通院している病院名 \_\_\_\_\_ 年 月頃より

【内服】 現在内服中の薬はありますか？ ( ない ・ ある :お薬手帳を診察時にお出してください )

※マイナ保険証による情報取得に同意された方は、直近1ヶ月以内の処方薬を記載して下さい。

【既往歴】 今までに病気で治療を受けたり手術をしたことがありますか？

・手術歴 ( なし ・ あり ) 病名: \_\_\_\_\_ 年 月

・その他 病名: \_\_\_\_\_ 年 月

【健診】 この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？ ( はい ・ いいえ )

※マイナ保険証による情報取得に同意された方は記載不要。

★ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？ ( ない ・ ある [ 陽性 ・ 陰性 ] \_\_\_\_\_ 年 月頃)

★ピロリ菌の除菌治療を受けたことがありますか？ ( ない ・ ある [ 成功 ・ 不成功 ] \_\_\_\_\_ 年 月頃)

【生活歴】 現在の状態についてご記入ください

・便通 1日 \_\_\_\_\_ 回 ( 快便 ・ 下痢 ・ 軟便 ・ 便秘 ・ 血便 )

・喫煙 1日 \_\_\_\_\_ 本 ・飲酒( しない ・ する 量: 毎日 ・ 時々 )

・妊娠している可能性( なし ・ あり \_\_\_\_\_ 週目 ) ・授乳中 ( お子さん \_\_\_\_\_ 才 )

【家族歴】 家族関係でがんにかかった人はいますか？

続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_

【告知について】 精密検査の結果がんが発見された場合、ご本人に告知することに同意されますか？

( はい ・ いいえ : いいえの方はご家族に説明させていただきます。)

【緊急連絡先】ご本人携帯・ご本人以外の連絡先をご記入下さい。★緊急時のみ連絡させていただきます

ご本人携帯: \_\_\_\_\_

ご本人以外・連絡先(携帯): \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_ 氏名: \_\_\_\_\_

★マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？ ( はい ・ いいえ )

★本日は他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ ( はい ・ いいえ )