

初めて受診される方に

檜村胃腸科外科

(フリガナ)	()
氏名	(男・女)
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳)
住所	〒 -
電話番号	(自宅) (緊急連絡先:続柄) (携帯)
① 当院を受診された理由は何ですか？	
<input type="checkbox"/> 胃の調子がよくない <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査希望 ピロリ菌除菌歴 (あり, なし, わからない) 今日の食事について (何も食べていない, 朝食を食べている, 昼食を食べている) <input type="checkbox"/> 腸の調子がよくない <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査希望 <input type="checkbox"/> 検診で精密検査を受けるよう言われた <input type="checkbox"/> 他の病院から紹介された <input type="checkbox"/> 健康診断を希望 (会社に提出する書類など) <input type="checkbox"/> ケガ <input type="checkbox"/> その他 ()	
② 自覚症状についてお書き下さい。(いつ頃からどのような症状がありますか?)	
③ 現在、治療を受けている病気がありますか？ (はい・いいえ)	
病名	
服薬名	
※ お薬手帳がある方は提示して下さい。	
④ 今までに、以下の病気があると言われたことがありますか？ 心臓病(はい, いいえ) 高血圧(はい, いいえ) 糖尿病(はい, いいえ) 肝臓病(はい, いいえ)	
⑤ 注射、飲み薬、食べ物などで、何か異常がおこったことがありますか？ (はい・いいえ) ⇒はいの方：どのような時に異常がおこりましたか？	
⑥ 当院をどちらでお知りになりましたか？ 以前かかったことがある・知人の紹介・インターネット・新聞広告・その他	