

ふりがな _____
 氏名 様 _____ 歳 (男・女)

付添 無・有
 (ご関係)

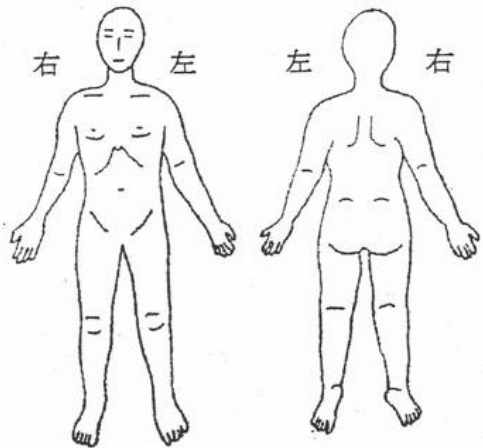
今日はどのようなことで受診されましたか？○をつけてください

外科受診の方

痛み
 (鼠径部 (足の付け根) ・ 背部 ・ 頸部 ・ その他)
 できもの・しこり・腫れ
 (鼠径部 (足の付け根) ・ 背部 ・ 臀部
 頸部 ・ 甲状腺 ・ その他)

消化器外科受診の方
 (腹痛 ・ 下血 ・ 嘔気、嘔吐)

その他
 ()



その症状はいつ頃からですか？ (_____ から)
 その症状のことで他の病院に行った方は下記にご記入ください
 ・いつ (_____) ・病院名 (_____) ・内容 (検査・薬・その他 _____)

今まで治療した、または現在治療中の病気はありますか？○をつけてください

- ・脳梗塞・脳出血・緑内障・白内障・狭心症・心筋梗塞・不整脈・高血圧・高脂血症
- ・糖尿病・肺の病気・喘息・肝臓の病気・膵臓の病気・腎臓の病気・認知症・前立腺肥大
- ・精神の病気 ・がん (部位 _____) ・その他 (_____)
- ・今まで手術をしたことがありますか？ (無・有 _____)
- ・今まで胃カメラをしたことがありますか？ (無・有)
- ・今まで大腸カメラをしたことがありますか？ (無・有)
- ・当院以外で普段飲んでる薬はありますか (無・有)
- ・お薬手帳はありますか？ (無・有)
- ・血液をサラサラにする薬は飲んでいませんか？ (無・有)

- ・ペースメーカーを装着していますか？ (無・有)
- ・薬・食物・その他のアレルギーはありますか？ (無・有)
- ・タバコは吸いますか？ (吸わない・吸う _____ 本/日 _____ 時から・吸っていた)
- ・アルコールは飲みますか？ (毎日飲む ・ たまに飲む ・ 飲まない)
- ・妊娠又はその可能性 (無・有) ・授乳中 (無・有) ・生理中 (無・有)