

|      |  |
|------|--|
| 登録番号 |  |
|------|--|

|                          |     |
|--------------------------|-----|
| 氏名                       |     |
| 携帯電話                     | — — |
| 住所<br>*変更ある場合<br>ご記入ください | 〒   |

●来院目的を教えてください。

- 肛門  胃  大腸  排便障害  定期検査  静脈瘤  その他  
 いつ頃から（ ）  
 どのような症状ですか（ ）

●現在、通院中の病気がある方は教えてください。  あり  なし

- 糖尿病  脳梗塞  高血圧  高脂血症（コレステロール）  
 心臓病（ ）  
 緑内障  前立腺肥大  腎臓病  
 喘息（ ）  
 その他（ ）

|      |                      |
|------|----------------------|
| 薬情提出 | コピー済 ・ 提出済<br>当院 ・ 無 |
|      | 後日 FAX ・ TEL         |
| 薬情サシ |                      |

●当院以外で手術を受けたことがあれば教えてください。

いつ頃（ ） 病名・手術名（ ）

●抗血栓薬（血液をサラサラにするお薬）は飲んでいますか。

なし  あり（お薬名： ）

●アレルギーがありますか。

なし  あり（どのような時に出来ますか？ ）

○大腸や胃の内視鏡検査等を受けたことはありますか。

大腸内視鏡検査 ・ 大腸CT検査： 年 月  
 胃内視鏡検査 ・ 胃バリウム検査： 年 月

○排便習慣について教えてください。

排便回数： 日 回  
 便の硬さ： 普通  硬い  下痢  軟便～泥状（泥便）  
 下剤使用： あり  なし

|           |
|-----------|
| 排便： ① ・ ② |
|-----------|

●身長（ cm） ●体重（ kg）

●女性の方にお聞きします。

妊娠中（ 週／予定日： 月 日）  授乳中  いずれもなし

|         |  |
|---------|--|
| スタッフサイン |  |
|---------|--|