

氏名	
携帯電話	— —
住所 *変更ある場合	〒

●身長（                      cm） ●体重（                      kg）

## ●来院目的を教えてください。

肛門 胃 大腸 排便障害 鼠径ヘルニア（脱腸） 定期検査 その他  
いつから（                      ）  
どのような症状ですか（                      ）

## ●今までに（現在も含め）かかったことのある病気を教えてください。

現在、他の医療機関に通院していますか はい いいえ  
脳梗塞（オ） 高血圧 糖尿病 高脂血症（コレステロール）  
心臓病（オ）：病名（                      ） 腎臓病 緑内障 前立腺肥大  
喘息：病名（                      ） 腰椎椎間板ヘルニア その他（                      ）  
手術  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。（薬・食物・金属など）

なし あり→対象物（                      ）

薬情提出	コピー済   ・  提出済 当院       ・  無
	後日FAX   ・  TEL
薬情サ付	
紹介状	有   ・  無

## ○大腸や胃の検査を受けたことはありますか。

大腸内視鏡検査 なし あり（才頃）      大腸CT検査 なし あり（才頃）  
 胃内視鏡検査 なし あり（才頃）      胃バリウム検査 なし あり（才頃）

## ○排便習慣について教えてください。

排便回数：      日      回

排便： ① ・ ②

便の硬さ：普通 硬い 下痢 軟便～泥状（泥便）

下剤使用：あり なし

●喫煙 しない やめた する（約      本/日：      年間）

## ●女性の方にお聞きします。

妊娠中（      週/予定日：      月      日） 授乳中 ピルを服用している

いずれもなし

●マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか はい いいえ●この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診）を受診しましたか はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

スタッフサイン