

初めてご来院された方へ	記入日：	年	月	日	取り込み 未・済
フリガナ				性別	カルテID
氏名				男 ・ 女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和			年	月
				日 (歳)
住所 〒					
電話番号 1					
電話番号 2					

・本日はどのような症状でご来院されましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。

胃腸の悩み

- 腹痛 胃が痛い 胃が重い お腹がはる 胸やけ 吐き気 体重が減った
便秘 下痢 便に血が混じる 食欲低下 その他()

胃カメラ希望 大腸カメラ希望

肛門の悩み

- 痛み 出血 腫れている かゆみ その他()

内科的なお悩み

- 胸が痛い 動悸がする 息切れ 喉が痛い 咳が出る 頭痛 むくみ めまい
しびれ その他()

その他ご相談したいことがあればご記入ください。

・そのお困りの症状はいつ頃からありますか？ () 頃から)

・今までにかかったことのあるご病気、または現在治療中のご病気はありますか？

- ない 高血圧 糖尿病 脂質異常症(コレステロール) 高尿酸血症(痛風) 心臓病
ペースメーカー植込 喘息 腎臓病 脳血管疾患 前立腺肥大症
甲状腺機能(亢進症・低下症) がん() がん)
その他()

・今までに手術を受けたことはありますか？ ある・ない ※あるの方は下記もご記入をお願いします
いつ頃() 病名() 手術名()

・アレルギーはありますか？ ある・ない ※あるの方は下記もご記入をお願いします
お薬のアレルギー()
食物のアレルギー()

・普段飲んでいるお薬はありますか？ ある・ない (お薬手帳 あり・なし)

・女性の方へお聞きします。 現在、妊娠中またはその可能性はありますか？授乳はされていますか？
あり(妊娠 カ月)・ない・わからない・授乳中

ご記入ありがとうございました。