

| | | | | | |
|------------------|-------|-------|----------------------------|----------------------------|--------|
| ふりがな | 年齢 | 才 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | ご職業 |
| お名前 | 身長 | cm | 体重 | kg | (BMI) |
| ご連絡の取れる電話番号 (本人) | (-) | (-) | (-) | 出身国 | |
| 緊急連絡先 続柄() | (-) | (-) | (-) | | |

●本日の来院目的は？

- 経過診察(定期的な診療・内視鏡検査など)
- 健診後の二次検査 : バリウム異常 胃がん検診 便潜血陽性
- 有症状 : 腹痛 嘔気 喉・胸・腹の違和感 血便 下痢 便秘
- その他

●紹介状はお持ちですか？

- いいえ はい

●他の病院に通院されていますか？

- いいえ はい

病名

病院

●病院でもらっているお薬はありますか？

- いいえ はい

処方薬

●以下の病名で診断を受けている病気や、現在治療している病気はありますか？

- | | | | | | |
|---------------|------------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|--|
| 心臓の病気、不整脈 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 内服 | 病名 () |
| 脳梗塞、脳出血 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 内服 | 病名 () |
| 緑内障 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 点眼 | <input type="checkbox"/> 手術 |
| 前立腺肥大症 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 内服 | ▶ 排尿障害 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 甲状腺疾患 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 内服 | ▶ <input type="checkbox"/> 亢進症 <input type="checkbox"/> 低下症 |
| 肺疾患(COPD、肺気腫) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 内服 | <input type="checkbox"/> 酸素吸入 |
| 喘息 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 内服 | <input type="checkbox"/> 吸入 |
| 高血圧症 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 内服 | |
| 高脂血症 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 内服 | |
| 糖尿病 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 内服 | <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 食事療法 |
| 腎臓病、腎機能障害 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 内服 | <input type="checkbox"/> 人工透析 |
| その他の病気 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい | → | <input type="checkbox"/> 内服 | 病名 () |

●薬剤や食物のアレルギーはありますか？

- いいえ はい → 歯科麻酔 造影剤 アルコール消毒綿
- 大豆 卵 薬 ()
- その他()

●妊娠の可能性はありますか？

- いいえ はい

●現在、授乳中ですか？

- いいえ はい

●喫煙はされますか？

- いいえ はい 過去に吸っていた
- 1日()本×()年

●お酒は飲みますか？

- いいえ はい → 1日1杯未満 1日()杯以上

●お酒を飲むと赤くなりますか？

- いいえ はい ※1杯:ビール500cc、日本酒1合、ワイン1/4本

●1年以内に特定健診または高齢者健診を受診されましたか？

- いいえ はい

●オンライン資格確認に関して下記にご同意いただけますか？

- いいえ はい

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おります。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証にご協力をお願いいたします。

当院記載欄 HBs 未・— 年 月 / HCV 未・— 年 月

●「がん」と診断されたことがありますか？ いいえ はい 病名(西暦 年)

●今までに消化管内視鏡検査を受けたことがありますか？

胃 初めて 2回目以降 → 当院 他院 (西暦 年 月頃)
▶ 結果 : 診断() 異常なし

大腸 初めて 2回目以降 → 当院 他院 (西暦 年 月頃)
▶ 結果 : 診断() 異常なし

●麻酔(鎮静剤)を使用するご希望はありますか？ いいえ はい

●ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？ いいえ はい → ①②をご記入ください

※「いいえ」の方は検査をおすすめします

① 検査方法 : 尿素呼気 血液 便 内視鏡 その他()

② ピロリ菌はいましたか？ いいえ はい → ③をご記入ください

③ 除菌したことがありますか？ いいえ はい (西暦 年 月) → ④をご記入ください

④ 除菌後の判定検査はしましたか いいえ はい → ⑤をご記入ください

⑤ 検査方法 : 尿素呼気 血液 便 内視鏡 その他()

●今までお腹の手術をしたことがありますか？

いいえ はい → 部位()

●血液をサラサラにする薬(抗血栓薬)を服用していますか？

いいえ はい → 薬名()

●睡眠導入剤、精神安定剤、抗てんかん薬、抗痙攣薬を服用していますか？

いいえ はい → 薬名()

●体の中に金属類は入っていますか？(ペースメーカー、ボルトなど)

いいえ はい → 部位()

●義歯、またはグラグラする歯はありますか？ いいえ はい → 上 下

●血圧測定や採血を禁止されている腕はありますか？ いいえ はい → 右 左

●現在の排便状態は？ 硬便 普通便 軟便 水様便 血便 その他()

排便回数 ▶ 1日()回 または 1週間に()回

●今までに下剤のトラブルはありましたか？ いいえ はい

●検査後のご帰宅方法は？ 徒歩 バス 電車 自転車 タクシー 車

●付き添いの方はいますか？ いいえ はい

●腹部エコーを1年以内に受けていますか？ はい いいえ → 希望する はい いいえ

●頸動脈エコーを1年以内に受けていますか？ はい いいえ → 希望する はい いいえ

●心臓エコーを1年以内に受けていますか？ はい いいえ → 希望する はい いいえ

●ご家族(両親、兄弟姉妹、子供)にがんの方はいますか？ いいえ はい

父 : 病名() 母 : 病名() 子 : 病名()

続柄() 病名() 続柄() 病名()

続柄() 病名() 続柄() 病名()

●当院をどちらでお知りになりましたか？(初めての方のみ)

病院の紹介 知人の紹介 看板 その他()

インターネット 検索キーワード()