

新 患 予 診 表

令和 元年 月 日

ふりがな 氏名	男・女	生年月日 大・昭・平	年	月	日	才
住所 (〒 - )						
電話	身長	cm	体重	kg	体温	℃

1. 今日、受診された理由、症状をお書き下さい。 また、それはいつ頃から起こりましたか？  
 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

2. 特にご希望の 検査・指導・ご相談などはありますか？ ない・ある (ある場合は以下から選択)  
 胃カメラ(経口・経鼻)  ピロリ菌の検査、除去  大腸カメラ(ポリープ切除)  心電図  
 レントゲン  エコー(頸動脈、甲状腺、心臓、腹部、その他)  血液検査  尿検査  
 健康診断  会社の検診  睡眠時無呼吸検査  24時間心電図検査  骨粗鬆症  
 その他( )

3. 今日、食事をとられましたか？ はい ( \_\_\_\_\_ 時頃) ・ いいえ

4. お酒を飲みますか？ 飲まない・飲む(飲んでいた) 種類: \_\_\_\_\_ 1日グラス \_\_\_\_\_ 杯 飲酒歴 \_\_\_\_\_ 年

5. タバコを吸いますか？ 吸わない・吸う(吸っていた) 1日 \_\_\_\_\_ 本 吸い始めて \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 才から禁煙

6. これまで下記の病気にかかったことがありますか？ ない・ある

- 高血圧( \_\_\_\_\_ 才頃)  脳卒中( \_\_\_\_\_ 才頃)  結核( \_\_\_\_\_ 才頃)  糖尿病( \_\_\_\_\_ 才頃)  
 腎臓病( \_\_\_\_\_ 才頃)  緑内障( \_\_\_\_\_ 才頃)  肺疾患( \_\_\_\_\_ 才頃)  ぜんそく( \_\_\_\_\_ 才頃)  
 がん( \_\_\_\_\_ 才頃 詳しい病名 \_\_\_\_\_ )  肝臓病( \_\_\_\_\_ 才頃 詳しい病名 \_\_\_\_\_ )  
 その他の重い病気やケガなど( \_\_\_\_\_ 才頃 \_\_\_\_\_ )

7. 現在、治療中の他の病気があれば、その病名と病院名をご記入ください。

病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

8. 今までに お薬や 食べ物で アレルギー (じんましん や 気分不良) がありましたか？

ない・ある (薬の名前: \_\_\_\_\_ ) (食べ物: \_\_\_\_\_ )

9. ご家族の中で、高血圧、糖尿病、がん、脳梗塞、心筋こうそく等の方はいらっしゃいますか？

いない・いる (記載例: 祖父が胃癌) ( \_\_\_\_\_ )

10. 女性へお伺いします。現在妊娠の可能性が ない・わからない・ある 授乳中である・ない

11. 胃カメラや 大腸カメラを受けたことがありますか？ ない・ある (胃カメラ \_\_\_\_\_ 回 / 大腸カメラ \_\_\_\_\_ 回)

12. お薬 についてお伺いします。できれば処方をしてほしい(苦手な)お薬はありますか？

ない・ある  漢方薬  粉薬  水薬  カプセル  ジェネリック(後発品)

13. 当クリニックをどのようにお知りになりましたか？

インターネットやホームページで  ご家族、ご友人より  近所だから  看板(場所: \_\_\_\_\_ )

かかりつけの先生から紹介(医院名: \_\_\_\_\_ )  その他( \_\_\_\_\_ )

\* お薬手帳、各種検査結果をお持ちの方は受付にお出してください。 よしひろ内科クリニック