

フリガナ		生年月日	
お名前	様	男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生( 歳)
住所	〒		
電話番号	( ) -	ご職業	

**1. 今日はどうされましたか？ 該当するものを○で囲んでください(受診目的等)**

腹痛 ・ 胃痛 ・ 胃もたれ ・ つかえ感 ・ 食欲不振 ・ 胸やけ ・ はきけ ・ 嘔吐(はく)  
 下痢 ・ 便秘 ・ お腹がはる ・ 体重減少 ・ 顔色が黄色いといわれる  
 のどが痛い ・ せき ・ たん ・ 呼吸困難 ・ 胸痛 ・ 息切れ ・ どうき ・ 胸が苦しい  
 めまい ・ 耳鳴り ・ ふらつき ・ むくみ ・ 手足のしびれ ・ 発熱 ・ 頭痛 ・ 腰痛  
 他( )

※上記の症状は、いつ頃からですか？( )

消化器の検査希望(肝臓、胆のう、すい臓、食道、胃、十二指腸、大腸)  
 ヘルニア(脱腸)  
 肛門疾患(痔)  
 外傷(けが)  
 検診後の二次(精密)検査を受けたい  
 その他( )

**2. 手術を受けたことがある方のみお答えください**

何の手術( ) いつ頃( )  
 輸血を受けたことは ない ある わからない

**3. 塗り薬、飲み薬、注射で何かアレルギー症状を起こしたことがありますか**

ない ある(どんな薬?・症状は?: )

**4. 今までに次の病気をしたり、現在治療中の病気がありますか**

消化器疾患(肝臓・胆のう・すい臓・食道・胃・腸) ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病  
 腎臓病 ・ 婦人科 ・ 泌尿器科 ・ 甲状腺 ・ 乳腺 ・ 肺疾患(結核・ぜんそく・他)  
 アレルギー ・ その他( )

※病名は何ですか( )

**5. 血がつながった両親、兄弟、祖父母、子供で次のご病気の方がおられますか**

がん 高血圧 脳卒中 心臓病 糖尿病 肝臓病 喘息(ぜんそく) 結核  
 どなたが? ( )( )( )( )( )( ) ( ) ( )

**6. お酒は**

ほとんど飲まない  時々飲む(週1~3回)  ほぼ毎日(週4回以上)  
 1回の量は…酒の種類( )を( )本・合くらい

**7. 女性の方へ**

妊娠中(はい・いいえ)  妊娠の可能性(はい・いいえ)  授乳中(はい・いいえ)