

ID:

初診申込書

記入日： 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日
氏名			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号	自宅 ()	携帯 ()	
身長	cm	体重	kg
本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください			
<input type="checkbox"/> 胃腸の悩み(<input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 胃が痛い <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> 胃が重い <input type="checkbox"/> お腹がはる <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便に血が混ざる <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 体重減少)			
<input type="checkbox"/> 胃カメラ希望 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡希望			
<input type="checkbox"/> 胸痛 <input type="checkbox"/> 動悸・息切れ <input type="checkbox"/> 熱 (°C) <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> むくみ			
<input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> しびれ			
<input type="checkbox"/> 検診で要精密検査の指示を受けた (検診の結果をお持ちの方は受付にご提出ください)			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
症状はいつ頃からありますか？ ()			
過去に大きな病気で治療や手術を受けられたことはありますか？			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
現在、治療中の病気はありますか？			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
ペースメーカーなどの医療機器を装着していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
喫煙、飲酒について教えてください			
喫煙： <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (本/日 × 年間) <input type="checkbox"/> 禁煙した			
飲酒： <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む (週 日) 種類・量 ()			
お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？			
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中)			
以前、胃カメラ・大腸内視鏡を受けたことがありますか？			
<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 大腸) いつ頃受けられましたか？ ()			
ご家族に、肛門・胃・大腸疾患の方はいらっしゃいますか？			
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 祖父母)			
当院をどちらでお知りになりましたか？			
<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 通りがかり <input type="checkbox"/> その他 ()			
マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			
この1年間で健診 (特定健診及び高齢者健診に限る) を受診しましたか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい			

※お薬手帳をお持ちの方は問診票と共に受付にご提出ください

ご記入頂いた氏名・住所などの情報 (個人情報) は診察の参考とさせていただきます

また、個人情報の安全管理の為に必要な措置を講じ、適性に保管いたします

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

適正な情報を取得・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

ごきそ内科・内視鏡クリニック