

ID:

年 月 日( )

## 受診申込書

名 前	ふりがな		性別	男・女
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 ( 歳)			
住 所	〒( - )			
	マンション名、または枝番までご記載下さい。			
電話番号	自宅		携帯電話	

●本日は紹介状をお持ちでしたか。【 はい ・ いいえ 】

【※医師の希望がある方は事前に受付へお申し出下さい】

●当院をなにでお知りになりましたか。該当するものに○をつけてください。

- ①知人の紹介  
 ②家族の紹介  
 ③インターネット  
 ④看板  
 ⑤自宅・職場が近い  
 ⑥雑誌

↳ 【 財界さっぽろ ・ スコブル ・ 月刊クオリティ ・ ホームドクター ・ 40歳からの  
がん対策心得帖 】

- ⑦新聞  
 ⑧主治医の継続  
 ⑨他院より紹介【病院名: \_\_\_\_\_】  
 ⑩その他【 \_\_\_\_\_】

当院は、個人情報に次の目的に利用し、その取扱いには細心の注意を払っております。  
 個人情報の取扱いについてお気づきの点は、受付窓口までお申し出ください。

# 診察を受けられる方へ

名前 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 本日の受診の理由をお聞かせください。

[ \_\_\_\_\_ ]

2. 今日は食事をとりましたか。 ( はい ・ いいえ )

3. 今日は車を運転してきましたか。 ( はい ・ いいえ )

4. 今までに胃カメラを受けたことがありますか。 ( はい ・ いいえ )

5. 今までに大腸カメラを受けたことがありますか。 ( はい ・ いいえ )

6. 今までにかかったことがある病気に○をしてください。

・狭心症 ・心筋梗塞 ・不整脈 ・脳梗塞 ・緑内障

・前立腺肥大(男性のみ) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

7. 現在、内服しているお薬はありますか。 ( はい ・ いいえ )

そのなかで血をサラサラにするお薬を飲んでいませんか。(はい ・ いいえ)

※お薬手帳をお持ちの方はお知らせください※

(内服薬 \_\_\_\_\_ )

8. アレルギーはありますか。 ( はい ・ いいえ )

はいの方 薬 ( \_\_\_\_\_ ) 食べ物 ( \_\_\_\_\_ )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

9. アルコールは飲みますか。 ( 毎日 ・ 時々 ・ 飲まない )

飲酒量 1日 ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 年間

10. タバコを吸いますか。( 吸わない ・ 以前吸っていた ・ 吸っている )

1日 ( \_\_\_\_\_ 本 ) × ( \_\_\_\_\_ ) 年間

11. 女性の方へ

現在妊娠または可能性はありますか。 ( はい ・ いいえ )