ふりがな

氏　名：　　　　　　　　　　　（男・女・無回答）　　年齢：　　　歳

生年月日：（大正・昭和・平成・令和）　　　年　　　月　　　日

住所：

電話番号：

●いつごろからどのような症状があるか教えて下さい。

●今までにかかった主な病気・手術を教えて下さい。

なし・あり→病名

●薬・食べ物のアレルギーはありますか？

なし・あり→内容

●現在、他の病院に通院したり、薬をもらったりしていますか？

なし・あり→病院名　　　　　　薬の名前

●希望する検査があれば〇をつけてください。

　胃カメラ　大腸カメラ　CT　エコー　心電図　レントゲン　血液検査

　骨密度　インフルエンザ　COVID-19　その他（　　　　　　　　　　）

●一日の飲酒量、喫煙量はどれくらいですか？

アルコールの種類：　　　　　　量：　　　　　　　喫煙量：　　　　本

●（女性の方のみ）妊娠の可能性（あり・なし）

●（女性の方のみ）授乳中ですか？（はい・いいえ）