

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ください。

●今までにかかった主な病気・手術を教えてください。

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○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)

かめいクリニック