裏面もございます。ご記入お願いします　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別：男　・　女

生年月日：昭・平　　　年　　　月　　　日（　　　歳）　身長　　　cm　体重　　　kg

住所　〒

電話　自宅　　　　　　　　　携帯　　　　　　　　　　緊急連絡先

**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。**

**正確な情報を取得・活用する為、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。**

* マイナ保険証による情報取得に同意しましたか？

　　（　　はい　　・　　いいえ　）

1. 今の症状を教えてください
2. 現在治療中、または以前にかかられた病気はありますか　（　はい　・　いいえ　）
   * 眼圧が高い（緑内障）　　□　尿が出にくい（前立腺肥大）
   * 高血圧　　　□　脳梗塞・脳出血　　□　腎臓病（透析をしている）
   * 心臓が悪い（心筋梗塞・狭心症・不整脈・ペースメーカー）
   * 糖尿病（薬を飲んでいる・インスリン注射をしている）　　□　甲状腺疾患
   * 睡眠時無呼吸症候群　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 現在、お薬をのまれていますか（　はい　・　いいえ　）

「はい」の方

* 抗凝固薬・抗血小板薬（血液をサラサラにするお薬）

（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

* 胃薬・胃酸を抑える薬（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* 糖尿病の薬・インスリン（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
* その他（薬品名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 次のような手術を受けたことがありますか　（　はい　・　いいえ　）

* 食道　　□　胃・十二指腸　　□　大腸　　□　盲腸(虫垂)　　□　痔
* 肝臓・胆のう・胆管・すい臓　　□　婦人科（　子宮　・　卵巣　・　乳がん　）
* その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面へ

1. 胃カメラをされたことはありますか　（　はい　・　いいえ　）

* 前回は　　　　年　　当院・他院
* ピロリ菌の検査は　□　調べたことが無い　　□　分からない　□　陰性といわれた

□　陽性と言われた⇒除菌成功・除菌失敗・除菌未実施

1. 大腸カメラをされたことありますか　（　はい　・　いいえ　）

* 前回は　　　年　　当院・他院
* 大腸ポリープの切除をしたことがありますか　（　はい　・　いいえ　）

1. 麻酔薬・薬のアレルギーや、アルコール消毒・テープのかぶれはありますか　（はい・いいえ）

「はい」の方（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 血縁者にがんの方はおられますか　（　はい　・　いいえ　）

（続柄・病名をご記入ください　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. タバコは吸われますか

　□　吸っている　　□　禁煙した　　□　吸ったことが無い

1. お酒は飲みますか

　□　ほぼ毎日飲む　　□　時々飲む　　□　禁酒した　　□　飲まない

1. お酒を少量飲むだけでも顔が赤くなりますか　（　はい　・　いいえ　）
2. 女性の方にお聞きします

* 次のような病気はありますか　（　はい　・　いいえ　）

　□　子宮筋腫　　□　卵巣のう腫　　□　子宮内膜症

* 現在妊娠中ですか　（　はい　・　いいえ　・可能性有り　）
* 現在授乳中ですか　（　はい　・　いいえ　）

1. 普段の排便状況をご記入ください

　（回数：　　　日　　　　回　　　　便の性状：下痢　・　軟らかい　・　普通　・　硬い）

1. 義歯はありますか　　（　はい　・　いいえ　・はずしている　）
2. 胃カメラ・大腸カメラをご希望の方

* 眠たくなる注射を希望しますか　（　はい　・　いいえ　・　相談したい　）

　　　注意事項：注射後は車・バイク・自転車の運転はできません！

* 胃カメラはどちらを希望されますか（　口　・　鼻　・　相談したい　）

ご記入ありがとうございました

その他ご不安・ご不明な事はお気軽にお尋ねください