

裏面もございます。ご記入をお願いします

年 月 日

ふりがな 名前	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 ()

③ 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 _____)

④ 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

- ⑤ 胃カメラをされたことはありますか (はい ・ いいえ)
- 前は 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
- ⑥ 大腸カメラをされたことありますか (はい ・ いいえ)
- 前は 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)
- ⑦ 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 ()
- ⑧ 血縁者が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)
- ⑨ 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
- ⑩ 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
- ⑪ 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)
- ⑫ 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)
- ⑬ 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)
- ⑭ 義歯はありますか (はい ・ いいえ ・はずしている)
- ⑮ 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