

フリ ガナ
氏 名 _____ 男・女 大・昭・平 _____ 年 月 日生
住 所 _____
電話番号 _____ () _____ 職 業 _____

◎いつからどのような症状がありますか？具体的にお書き下さい。（例）1週間前から37度の熱があり、セキとタンもある。

●現在治療中または過去にかかった病気はありますか？

高血圧 (才) 高脂血症 (才) 糖尿病 (才) 痛風 (才) 心臓病 (才)
肝機能障害 (才) 腎臓病 (才) 脳卒中 (才) 喘息 (才) 肺炎 (才)
胃・十二指腸潰瘍 (才) がん (才) その他 () (才)

●現在お飲みになっているお薬・サプリメント・健康食品はありますが？ ある ・ なし

●家族・血縁者の方で病気をされた方はいますか？ () に続柄を記入して下さい

糖尿病 () 高血圧 () 高脂血症 () 心臓病 ()
肝臓病 () がん () その他 ()

●アルコールについて

飲まない 付き合いで飲む程度 (回/月) よく飲む (回/週)
(ビール cc、酒 合、焼酎 cc、その他)

●タバコについて

もともと吸わない 禁煙した (才時) 吸っている (才 ~ 本/日)

●アレルギーについて なし 薬 () 食べ物 ()

●女性の方のみお答え下さい 妊娠中もしくは妊娠の可能性あり 授乳中 妊娠の可能性なし

●当院にいらしたきっかけを教えてください

知人から紹介 家族から紹介 他院から紹介 ホームページ クチコミサイトをみて
SNS 通りがかり 看板・広告など その他 ()

●癌予防に関するアンケートにお答え下さい

Q癌予防に関心がございますか？

関心がある 関心がない

Q内視鏡検査に関心がございますか？

関心がある 関心がない

◎その他、気になることはありますか？

ご記入有難うございました

ID: _____