

ふりがな  
お名前 name

様

Date of birth year month day  
生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

Address 〒

住所



検査値異常などこちらから連絡することもありますので連絡の取りやすい番号をご記入ください

Phone

電話番号 ☎

Smartphone

携帯番号 📱

### 1. 今日はどうなさいましたか？

体調が悪い・症状がある

いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_日くらい前から

症状はいつが最も辛かったですか？ 今が一番つらい \_\_\_\_日前 同じよう

今回のことで以前に他の病院にかかりましたか？ はい いいえ

どのような症状ですか？ 当てはまるものがない場合は、その他の欄にお書きください。

風邪症状 発熱(最高) \_\_\_\_\_℃ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 痰

お腹の症状 腹痛 ・ 嘔気 ・ 下痢 ・ 便秘

薬を処方して欲しい

健診結果の相談

紹介状がある

胃カメラ・大腸カメラを受けてみたい

☆その他ご自由にお書きください

### 2. 現在飲んでいるお薬はありますか？

はい

いいえ

★お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提出をお願いいたします。

### 3. 入院や手術のような大きな病気をしたことはありますか？

はい

いいえ

病名:

### 4. 来院のきっかけを教えてください

WEBサイト・検索など

知人の紹介

家が近い・よく通る道なので

その他



はしづめ  
胃腸と内科のクリニック  
Hashizume Gastrointestinal Clinic