

フリガナ： _____	当院で記入：BP① / ② /
氏名： _____	昭和・平成・令和 年 月 日生／年齢 才
性別：男・女 _____	本日の体温 _____℃／新型コロナワクチン接種回数 ( )回
住所：〒 _____	
固定電話：( ) - ( ) - ( )	
携帯電話：( ) - ( ) - ( )	
緊急時連絡先：( ) - ( ) - ( )	／続柄 ( )

1. 受診の理由・症状の該当欄に  をして下さい。

- |                                 |                                    |  |                               |                                  |                                 |
|---------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 診察     | <input type="checkbox"/> 予防接種・抗体検査 | <input type="checkbox"/> 健診  |                               |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> 腹痛     | <input type="checkbox"/> 下痢        | <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐   | <input type="checkbox"/> 便秘   | <input type="checkbox"/> 残尿感     | <input type="checkbox"/> 排尿時の痛み |
| <input type="checkbox"/> 胃痛     | <input type="checkbox"/> 胸やけ       | <input type="checkbox"/> 糖尿病の治療  | <input type="checkbox"/> のど渇き | <input type="checkbox"/> 手や足のしびれ |                                 |
| <input type="checkbox"/> 疲れやすい  | <input type="checkbox"/> 胃カメラを希望   | → <input type="checkbox"/> 初めて / <input type="checkbox"/> 経験がある(経口 / 経鼻) |                               |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> その他( ) |                                    |  |                               |                                  |                                 |

2. 自覚症状のある方

→いつ頃からですか？ 年 月 日頃より  
→経過について(どのような症状か・部位・困っている状態、等)ご記入下さい  
例：腹部左下が、ズキズキする。治まったり、強くなったりが続いている。数日間、食事もとれていない。

3. 現在、治療中の病気がありましたら  をお入れ下さい →  なし

- |  |                              |                                  |                                   |                                |                              |
|--|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病             | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 脂質異常    | <input type="checkbox"/> 高尿酸血症・痛風 | <input type="checkbox"/> 喘息    | <input type="checkbox"/> 花粉症 |
| <input type="checkbox"/> 癌( )            | <input type="checkbox"/> 心疾患 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳血症 | <input type="checkbox"/> 緑内障      | <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 |                              |
| <input type="checkbox"/> 手術経験 (内容 _____) |                              |                                  | ： 年 月頃)                           |                                |                              |
| <input type="checkbox"/> その他( )          |                              |                                  |                                   |                                |                              |

4. 服薬治療中ですか？ →  はい(お薬手帳をご提示下さい) /  いいえ

治療中で、手帳をご持参でない方は、下記にご記入下さい。

薬剤名： \_\_\_\_\_

5. 薬剤アレルギーのある方は  をお入れ下さい →  なし

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 薬剤(薬剤名 _____) | <input type="checkbox"/> 消毒用アルコール |
|--|-----------------------------------|

6. 以下の嗜好品で該当欄のある方は  をお入れ下さい →  なし

- |                                |                              |
|--------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 喫煙歴   | ： ( )年間・本数( )本／日             |
| <input type="checkbox"/> アルコール | ： 週( )日／何を _____ / どれ位 _____ |

7. 女性の方へ

- |                              |                                    |                              |                                  |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 妊娠中 | <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある | <input type="checkbox"/> 授乳中 | <input type="checkbox"/> あてはまらない |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|