

池原クリニック予診表

記入日 年 月 日

フリガナ	住所 〒 _____		
氏名 ( 才 )			
電話① ( 自宅・携帯 )			
電話② ( 自宅・携帯 )	身長	cm	体重 kg

※検査時間など緊急連絡の可能性あります。上記に変更のある方はご連絡ください。

◆来院理由◆ ※当てはまるものを選んでください。

① 検査希望 (健診で異常指摘を受けた・他院からの紹介) <胃カメラ・大腸カメラ・その他 \_\_\_\_\_ >  
 →※健診結果・紹介状・検査結果・返信書類 は受付にご提出ください。

② 定期的な検査 < ・胃カメラ ・大腸カメラ >

③ 体調不良 いつからどのような症状がありますか? ↓記入してください。  
 [ \_\_\_\_\_ ]

④ その他 (予防接種など) \_\_\_\_\_

◆便通◆ ※便秘がある 【 あり ・ なし 】

・排便回数: \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ 回      ・便の性状: 硬い / 普通 / 軟便 / 下痢  
 ・便秘薬の使用: 使用しない / 便秘時のみ / \_\_\_\_\_ 日間に1回 / 毎日

飲酒	ない ある→種類 _____ 1日 _____ mL 飲むと顔が(赤くなる・赤くならない)	タバコ	ない ある→1日 _____ 本
アレルギー	ない ある → [ 薬・注射・食べ物など ]	※当てはまるものを○で囲んでください。 [ 鼻炎・アトピー・喘息・花粉症 ]	

入院歴  
手術歴

※いつ(年齢など) ・病名(手術名) ・どこの病院で

既往歴

※今までかかったことのある病気・現在治療中の病気に○をしてください。

高血圧 ・ 脳梗塞 ・ 脳出血 ・ 胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 前立腺肥大 ・ 肝臓疾患  
 心疾患 ( \_\_\_\_\_ ) ・ がん ( \_\_\_\_\_ 癌) ・ 糖尿病 (インシュリン使用 あり・なし)  
 高コレステロール血症 ・ 緑内障 ・ 白内障 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

服用薬

※薬を服用していますか。(はい・いいえ)      ※お薬手帳に記載のない 薬名・サプリメント  
 市販薬・健康食品 をご記入ください。

※血液がサラサラになるお薬を服用していますか。  
 いいえ ・ はい (薬名 \_\_\_\_\_ )

※お薬手帳はお持ちですか。  
 いいえ ・ はい → 受付にご提出ください。