池原クリニック予診表

記入日　　年　　月　　日

フリガナ 氏名　　（　　才）	住所　〒
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があります。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　　］

※当てはまるものを〇で囲んでください。
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〇をしてください。

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。

［　　］

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・活用するため、マイナ保険証 （マイナンバーカード） 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診療情報取得に同意されましたか？

☐ はい　☐ いいえ

◆この１年間で健診（特定健診 及び 高齢者健診）を受診しましたか？
（マイナ保険証による情報取得に同意した患者様については記入不要です。）

☐ はい　☐ いいえ

［受診時期：結果等、指摘事項をご記入ください。］

◆【女性の方のみ】現在、妊娠中、または授乳中ですか？
妊娠の可能性（　ある ・ ない　）　・　妊娠中（　　）週　・　授乳中

ご協力ありがとうございました。ご記入後は、受付にお持ちください。