

ふりがな		男・女	職業
お名前			
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日 歳		
住所	〒 -		
電話番号	携帯 () ご自宅 ()		

1. 本日は、どのような症状で来院されましたか？
・どのような症状→ いつから→

・健康診断で、（便潜血陽性・ピロリ菌・バリウム検査・高血圧・高コレステロール・肝機能異常
その他[]）を指摘され来院。

身長 cm 体重 kg 体温 °C 血圧 / 脈拍 回/分

2. 今までかかった病気・治療中の病気・手術歴はありますか？また、それは何歳の時ですか？
☐ない ☐高血圧 (歳) ☐糖尿病 (歳) ☐高脂血症 (歳)
☐痛風 (歳) ☐心臓病 (歳) ☐喘息 (歳) ☐腎臓病 (歳)
☐肝臓病 (歳) ☐脳卒中 (歳) ☐甲状腺 (歳) ☐緑内障 (歳)
☐その他 () (歳)

3. ご家族で大きな病気（がんなど）にかかった方はいますか？ ☐ない
誰 () が病気 () 誰 () が病気 ()

4. 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ☐ある・☐ない
お薬手帳をお持ちの方はご持参ください
薬剤名 (お薬手帳持参の方は記入は不要です)

5. お薬や食べ物でアレルギーを経験したことがありますか？ ☐ある・☐ない
薬剤名・食べ物名 ()

6. 嗜好品について
タバコは吸いますか？もしくは吸っていたことがありますか？
☐吸っている ☐以前は吸っていたがやめた ☐吸わない
お酒は飲みますか？また、顔は赤くなりますか？
☐顔が赤くなりやすい ☐飲まない ☐週に3日以上飲む ☐機会があるときだけ飲酒

7. 女性の方 現在、妊娠されていますか？ ☐はい ・ ☐いいえ
現在、授乳されていますか？ ☐はい ・ ☐いいえ 最終月経 (月 日)

8. 胃カメラを受けたことがありますか？ ☐はい (いつ頃：) ・ ☐いいえ
大腸カメラを受けたことがありますか？ ☐はい (いつ頃：) ・ ☐いいえ

9. 当院を受診されたきっかけを教えてください。
虎の門病院を受診されたことはありますか？ ない・ある⇒診察券番号 ()

①インターネット ()
②駅広告 ③タウンページ ④ちらし ⑤タウンニュース ⑥自宅から、職場から近い
⑦ご家族やご友人からの紹介（ご紹介者名：)
⑧医療機関からの紹介（医療機関名：)