

診療情報提供書

KARADA内科クリニック五反田用 03-3495-0192

—患者様情報—

年 月 日

氏名

生年月日 年 月 日 性別

日中連絡のとれる電話番号

— —

住所

—紹介元医療機関情報—

医療機関名

電話番号

診療科名

ご担当医師名

※医院様の診療情報提供をご使用頂いても問題ございません

傷病名・紹介目的

既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過

現在の処方・備考

超音波検査の場合のみ選択ください

- | | |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー | <input type="checkbox"/> 下肢静脈エコー |
| <input type="checkbox"/> 甲状腺エコー | <input type="checkbox"/> 体表エコー |
| <input type="checkbox"/> 腹部エコー | <input type="checkbox"/> 心臓エコー |

CDRが必要な場合のみ選択ください

- CDRが必要

KARADA 内科クリニック

胃・大腸カメラ・超音波内視鏡 問診票

患者様にお渡し頂き、ご記入のうえ当日お持ちください
※超音波検査はお渡し不要です

お名前	(ふりがな)					
生年月日	昭和 ・ 平成		年	月	日	
性別	男性	女性	年齢	歳		
住所	〒					
電話番号	(自宅)					
	(携帯電話)					
本日の来院方法	自動車 送迎	バイク その他 (自転車	徒歩	電車) バス
過去に治療した 病気や持病は ございますか？	なし あり ➡ <input type="checkbox"/> 持病の病名() <input type="checkbox"/> 治療した病名()					
右記の病気は ございますか？	<input type="checkbox"/> ない		<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大症		
	<input type="checkbox"/> 高血圧		<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症		
	<input type="checkbox"/> 慢性腎不全			<input type="checkbox"/> 心臓病		
	<input type="checkbox"/> 乳がん手術 (左 ・ 右)			<input type="checkbox"/> 気管支喘息		
薬のアレルギーは ございますか？	ない		※ある方のみ 薬品の名前を 教えてください。			<input type="checkbox"/> アルコール
	ある ➡					<input type="checkbox"/> 麻酔薬
				<input type="checkbox"/> キシロカイン		
				<input type="checkbox"/> その他	()	
血をサラサラにする 薬を服用されて いますか？	はい	いいえ	体内に金属は ございますか？		ない	ある

裏面の記入もお願いいたします。

胃・大腸カメラ・超音波内視鏡 問診票

鎮静剤の使用を希望されますか？	はい	いいえ		
差し歯・義歯ではずれる歯はございますか？	ある	ない		
お身体で不自由なところはございますか？	ない	ある	※ある方のみ 右記で該当する項目はどれですか？	<input type="checkbox"/> 手足が不自由 <input type="checkbox"/> 目が見えない <input type="checkbox"/> 耳が聞こえづらい <input type="checkbox"/> 言葉をはなせない <input type="checkbox"/> その他 ()

※大腸カメラの検査を受ける方のみご記入ください。

大腸カメラの経験はございますか？	ない	ある	※ある方のみ 前回の検査はいかがでしたか？	つらかった つらくなかった
便秘薬を服用されていますか？	はい	いいえ	今までにお腹の手術の経験はございますか？	はい いいえ
本日の排便回数は何回ですか？		回	本日の排便は無色か薄い黄色になりましたか？	はい いいえ
排便習慣を教えてください。	回 / 日			

※胃カメラの検査を受ける方のみご記入ください。

胃カメラの経験はございますか？	ない	ある	※ある方のみ 前回の検査はいかがでしたか？	つらかった つらくなかった
ピロリ菌の検査の経験はございますか？	ない	ある	※ある方のみ 除菌治療を受けましたか？ また除菌後の検査はされましたか？	除菌治療は <input type="checkbox"/> まだ受けていない <input type="checkbox"/> 治療した ↳ 除菌後の検査は <input type="checkbox"/> まだ受けていない <input type="checkbox"/> 検査した

問診のご回答ありがとうございました。当日スタッフまでお渡しください。

KARADA 内科クリニック五反田

TEL 03-3495-0192

〒141-0031 東京都品川区西五反田1-2-8 9F

(平日)(土)10:00~13:00 15:00~19:00 (日)(祝)休み