

初診申込み用紙

フリガナ	性 別	身 長	体 重
氏 名	男・女	cm	kg
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (満 歳)		
住所	〒		
電話番号 ()	携帯電話番号 - -		
会社名			

現在服用中の薬はありますか。

はい・いいえ

病名

()

内服薬の種類(名前)

()

アレルギーはありますか。

はい・いいえ

食物 ()

薬 ()

その他 ()

下記の病気のある方は○をつけて下さい。

緑内障 前立腺肥大
喘息 心臓病

2次検診で胃内視鏡をされる方へ

◎ 無痛内視鏡希望

はい・いいえ

なお、無痛内視鏡検査は睡眠薬を使用しますので、終了後1~2時間は休んでいただきますので、御了承下さい。

◎ 胃内視鏡は平日の午前中に行っております。希望日と時間をご記入下さい。

第1希望 月 日 { 9:00
10:00

第2希望 月 日 { 9:00
10:00

※当日に感染症(B型肝炎・C型肝炎)検査の採血をさせていただきます。御了承下さい。