

初診日 \_\_\_\_\_ 予 診 カ ー ド ID \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_ (大・昭・平・令) 性別 男性 ・ 女性

氏名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢 \_\_\_\_\_ 才 職業 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

★ マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか? はい ・ いいえ \_\_\_\_\_

★ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか? はい ・ いいえ \_\_\_\_\_

(1)現在の症状を記入して下さい \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 普段の血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 位 熱 \_\_\_\_\_ °C

(2)次の病気にかかったことのある場合、○印をつけて病名といつ頃かを記入して下さい

	ある	病 名	○年○月頃
胃・腸 の病気			
肝臓・胆嚢・膵臓の病気			
高血圧 / 糖尿病 / 心臓病			
眼の病気			
アレルギー(食物や薬)・喘息			
前立腺の病気			
手術の経験はありますか?			
その他に病気はありますか?			

3)最近次の症状がありましたら○印を付けて下さい

体重の変化 (有る・無い)	便の状態 (硬・普通・軟・水様便)
食欲 (有る・普通・無い)	便の色 (黄・黒・茶・血便)
食べ物の好みが変わった (はい・いいえ)	便の回数 _____ 日に _____ 回
胸がつかえる (はい・いいえ)	飲酒は?(よく飲む・たまに飲む・殆ど飲まない・飲まない)
胃がもたれる (はい・いいえ)	種類は? ビール・ウイスキー・ワイン・日本酒・焼酎
胸やけ (有る・無い)	量は? _____ 週・月 _____ 回に _____ 位
吐き気 (有る・無い)	タバコは? _____ 日に _____ 本・やめた・吸わない
吐く (はい・いいえ)	女性の方にお尋ねします
ゲップがよく出る (はい・いいえ)	最終月経: _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日・閉経(才)・手術
	現在妊娠中ですか? いいえ・はい(予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
	現在授乳中ですか? いいえ・はい

☆どの様にして、このクリニックを知りましたか?

①看板を見て(クリニック前・電柱の看板・駅の看板)

②紹介(どなたのご紹介ですか?)

③インターネットで(okahara-clinic.com・診療受付・その他)

④その他 \_\_\_\_\_

診療内容や病気などについて疑問やご希望などがありましたら、診察時に遠慮なくおっしゃって下さい

おかはら胃腸クリニック