

ID \_\_\_\_\_

## 予 診 カ ー ド

フリガナ \_\_\_\_\_

(明・大・昭・平)

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(もしくは日中連絡先) \_\_\_\_\_

住所 〒 \_\_\_\_\_

(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ください

	ある	病 名	○年○月頃
胃・十二指腸の病気			
小腸・大腸の病気			
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?			
その他に病気がありますか?			

(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)	女性の方は最終月経を記入してください
ゲップがよく出る (はい・いいえ)	月 日～ 月 日・閉経( 才)・手術

☆ 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・Newton-doctor・e-net 診察受付・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