

問 診 票

ID:

*太枠の中をご記入下さい

医療法人社団 ゆかり会 幕張胃腸クリニック	
ふりがな	
お名前	性別 男・女 生年月日 大・昭 平・令 年 月 日 歳
ご住所	〒 - -
電話番号	- - 身長 cm 体重 kg 体温 °C
携帯番号	- - ※保険証は初回・変更時にコピーをさせていただきます。

1.本日はどのような症状でご来院されましたか？

- 発熱 頭痛 腹痛 胃痛 咳 咽頭痛 痰 嘔吐 嘔気 だるさ・関節痛
下痢 便秘 鼻水 鼻づまり 残尿感 排尿時痛 背部痛
その他()

2.それはいつ頃からですか？ ()

3.最後のお食事はいつですか？ (月 日 時頃)

4.これまでご入院、手術をされたことがあれば時期と病名をお書きください。

- なし あり (いつ頃) (病名)

5.これまで病気にかかったことや検診などで異常を指摘されたことはありますか？

- なし
 心臓病 高血圧 糖尿病 気管支喘息 甲状腺機能異常
 胃潰瘍 肝臓病 高脂血症 腎不全
 前立腺肥大症 緑内障 その他()

6.現在治療中のご病気がある方やお薬を服用されている方は内容をお書きください。

- なし あり ()

7.これまでお薬や食べ物でアレルギー症状が出たことがありますか？

- なし あり ()

8.お身体でご不自由なところはございますか？

- なし
 手足が不自由 目が見えない 耳が聞こえない 口がきけない
 その他()

9.女性の方のみお答え下さい。

- 妊娠中ですか？ はい (月)
 現在妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ
 授乳中ですか？ はい いいえ

10.当院でお受けになりたい検査・指導などはございますか？

- 胃内視鏡検査(経口・経鼻) 大腸内視鏡検査 人間ドック
 心電図 エコー(胸腹部・頸動脈) レントゲン 各種健康診断(千葉市・一般・雇用時)
 ピロリ菌の検査・除去 その他() 血液検査 尿検査

11.当クリニックを何でお知り頂きましたか？教えてください。

- 車内放送を聞いて 駅の看板をみて 家族・友人に聞いて
 通りがかって ホームページを見て 他院からのご紹介 ()
 その他()