

綾瀬消化器内科クリニック問診票

初診

～マイナ保険証のご利用の際は、情報提供への同意にご協力をお願いいたします～

当院はオンライン資格確認を行う体制を有しております。当院を受診した患者さまに対し、
受診歴・薬剤情報・特定健診情報、その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行います。

年 月 日

フリガナ	住所 〒		
氏名			
男・女			
生年月日	電話	自宅	
明・大・昭・平	番号	携帯	
年 月 日(歳)			
その他	お名前	(続柄)	お名前
連絡先	携帯		携帯
検査のご希望は ありますか？	胃カメラ・大腸カメラ・エコー・その他() コロナPCR検査(結果後日)・コロナ抗原検査(結果当日)・インフルエンザ抗原検査(結果当日)		

参考) 3割負担の方で、初診料・検査料・
トナーズ・処方箋等を含む概算料金

コロナPCR約5000円、コロナ抗原約4000円、インフル抗原約2500円

来院理由		
・健診で異常指摘された(内容:)		
・自費診療		
・体調不良 いつからどのような症状がありますか？		
身長	cm/ 体重	kg

既往歴	高血圧 / 糖尿病 / 脳梗塞 / 脳出血 / 脂質異常症(高脂血症) / ぜんそく / 胃・十二指腸潰瘍
ない・ある→	心筋梗塞・狭心症 / 腎臓病 / 甲状腺疾患 / 悪性腫瘍() / その他()

手術歴	病名(部位など):
ない・ある→	いつ(年齢など):

他院 通院	ない・ある↓ 通院先名	服用薬	ない・ある↓ ※お薬手帳を本日お持ちですか? はい・いいえ
----------	----------------	-----	-------------------------------

アレルギー	ない・ある↓	薬の 副作用	ない・ある↓
-------	--------	-----------	--------

たばこ	ない・ある↓ 1日()本・()年間	飲酒	ない・ある↓ 1日()ml・週()回・()年間
-----	------------------------	----	-------------------------------

女性の方	妊娠の可能性(ある・ない)・妊娠中()週・授乳中
------	---------------------------

※当クリニックでは個人情報保護方針に基づき適切に管理しております

クリニック記入欄

BT	℃	付添()	℃	SpO ₂	%	P	
----	---	-------	---	------------------	---	---	--