

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 連絡先	お名前 (続柄)	お名前 (続柄)	
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・血管年齢検査(CAVI)・その他()		
	コロナ&インフルエンザ同時抗原検査(結果当日：診察料と検査料 約2400円)		
来院理由	・健診で異常指摘された(内容：) ・肝炎ウイルス検診 健康診断 がん検診 予防接種 ・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
胃カメラ検査歴	なし・あり(年前)	大腸カメラ検査歴	なし・あり(年前)
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