

受診日：令和 年 月 日

ふりがな .....

大正・昭和・平成

お名前 ..... (男・女)

生年月日 ..... 年 ..... 月 ..... 日

〒 .....

自宅：..... (.....)

住所 .....

携帯：..... (.....)

★マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか 【 はい ・ いいえ 】

★他の医療機関からの紹介状はお持ちでしょうか 【 はい ・ いいえ 】

- ① 本日は、どのような症状でおいでになりましたか。またいつ頃から症状はありましたか。
- ② 今日までの経過で最も適当な箇所にチェックを入れて下さい。  
 だんだんひどくなっていく。       あまり変わらない       日によって程度が違うが、続いている。  
 だんだん良くなっているが、気になる。       その他 (.....)
- ③ 現在の症状で他の医療機関で診てもらったことがありますか。 ( はい ・ いいえ )  
 その病院ではどのような説明を受けましたか。 (..... 病院・医院 )
- ④ 現在、お掛かりの病気はありますか。 ( はい ・ いいえ )  
 (病名：.....)
- ⑤ 現在、服用されているお薬はありますか。 ( はい ・ いいえ )  
 お薬の名前はわかりますか。お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。  
 (お薬名：.....)
- ⑥ 薬や食べ物などでアレルギー等の副作用を発症した事がありますか。 ( ある ・ ない )  
 ● 『ある』の場合、どのような原因でどのような症状でしたか。
- ⑦ 今までに病気をした事や、手術を受けた事がありますか。 ( ある ・ ない )  
 ● 『ある』の場合、いつ頃にどのような病気や手術でしたか。

今回症状に対し希望される検査はありますか。(診療の参考にさせていただきます)

特になし ・ 採血 ・ 胃カメラ ・ 大腸カメラ ・ CT検査 ・ 腹部超音波 ・ 骨密度

⑧ 喫煙歴：吸わない ・ 吸っていた ・ 吸う 1日：.....本を.....年間

⑨ 飲酒歴：飲まない ・ 飲む(毎日 ・ .....日/週 ・ 時々) ; (何) : .....を(どれ位).....

⑩ 当クリニックはどのように知られましたか。

・ 建物をみて ・ 家族・知人の紹介 ・ インターネットを見て ( ホームページ ・ CT 専門サイト )

・ さいたま赤十字病院からの紹介 ・ 他院からの紹介 (.....)

・ 国際興業バスのアナウンスを聞いて ・ その他 (.....)

⑪ 自費診療や健康診断などのご案内等のダイレクトメールをお送りしてもよろしいですか? 【 はい ・ いいえ 】

当院は、マイナ保険証等を通じて患者様の診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めております。

マイナ保険証により正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証およびオンライン資格確認のご利用にご協力をお願いいたします。

 スキャン済     カルテ入力済

医療法人社団メディーン しおや消化器内科クリニック