

一般問診票

年 月 日

フリガナ			男 女	S H	年	月	日	歳
名前								
住所	〒 -							
電話番号	自宅	-	-	職業				
	携帯	-	-	身長/体重	cm		kg	

内視鏡検査を希望されますか？

はい ・ いいえ ・ 相談したい

「はい」、「相談したい」を選択された方は【内視鏡問診票】にもご記入ください

本日はどうされましたか？

- 内視鏡検査のご相談（胃カメラ・大腸カメラ）
- 当院から「内視鏡定期検査のご案内」がとどいた方
- ピロリ菌のご相談
- 健康診断結果のご相談
- その他

既往症について教えてください

- 治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ
()
- 薬剤・食物アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
()
- 手術を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ
()

相談されたい症状はありますか？

- 特になし
- 吐き気 胸やけ 胃痛 胃もたれ
- 腹痛 便秘 下痢 血便
- その他

いつからですか？ ()

今回の症状で他院を受診されましたか？

はい ・ いいえ

病院 ()

診断 ()

内服中のお薬はありますか？

はい ・ いいえ

*お薬手帳をお持ちの方はご提出ください

女性に質問です

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

ご紹介者がいらっしゃいましたら教えてください

() 様