問　　診　　票

氏名　　殿　　歳　　受診日　　月　　日

性別　男　・　女

※該当するものに　○　をつけて下さい。

いつからその症状がありますか？		（　　）日前から　　1週間前　　2～3週間前 1ヶ月前　　1ヶ月以上前
症状を詳しく教えてください。		検診結果で異常あり（ 胃 ・ 大腸 ・ その他［　　］） 頭痛　せき　鼻水　のどが痛い 腹痛　胃痛　下痢　便秘　嘔吐　吐き気 体がだるい　発熱（体温:　　度） ケガ ・ やけど（部位:　　） 前回と同じ薬を希望　定期的な検査 その他〔　　〕
今までにかかった病気はありますか？		高血圧　糖尿病　脳の病気　心臓病　精神疾患　喘息　癌 その他（　　）
内服中の薬はありますか？		服用ありの方　→　お薬手帳を本日お持ちですか？　はい ・ いいえ
		※お薬手帳をお持ちでない方は　薬名　をご記入ください。
手術をうけたことがありますか？		はい〔　　〕 いいえ
薬や注射のアレルギーはありますか？		あり〔　　〕 なし
検査について	※検査を希望される方へ質問です。	
	大腸	・ 注腸（バリウム）　・ 内視鏡（カメラ）→ 鎮静剤を希望する 鎮静剤を希望しない ・ 相談して決めたい
	胃	・ 胃透視（バリウム）　・ 内視鏡（カメラ）→ 鎮静剤を希望する 鎮静剤を希望しない ・ 相談して決めたい
女性	※女性の方のみ質問です。	
	妊娠中	はい　・　いいえ　・　可能性あり
	授乳中	はい　・　いいえ