ID: 再診問診票

お名前:	(ふりがな)			Ţ	男	・女	1
生年月日:(大・昭・平) 生	F	月	日		年齢		歳
※前回と住所・連絡先に変更があれば記載をお願いします							
住所:							
連絡先:(自宅)		・(携帯)					
●現在飲んでいる薬はありますか?					(はい	2 • F2F	ゝえ)
※「ある」と答えた方のみ→	お薬手帳を	お持ちでし	たらお見せ	せください。			
お薬手帳がない場合:薬の名前	()
●食べ物・薬や注射などで気分不良、発疹や意識消失などの症状を起こしたことがありますか?							
(はい・いいえ) ※「はい」と答えた方	でみ→食品	・薬の名前	()
●女性の方のみ、当てはまるものに☑	チェックし゛	てください					
□妊娠していない □妊娠中を	るいは妊娠	の可能性が	ぶある	□授乳中			
●今までにかかった病気や、現在治療	中の病気があ	れば教えて	ください				
()	
●今日の来院理由にあてはまものに☑	チェックして	てください					
□体調がわるくて受診							
いつからどのような症状がつ	づいています	か?					
()
□健康診断・検診結果についての	相談						
どのような内容か教えてくだ	さい						
()
□内視鏡検査の相談		(胃カメラ	・大腸カ	メラ	• 両	方)
□検査結果を聞きたい	□その他()

身長: cm・体重: kg・BP: / mmHg⇒再検 BP: / mmHg

P: 回/分 (整・不整)・SPO2: %・RR: 回・BT: $^{\circ}$ C