ID：

初診問診票

お名前：　　（ふりがな）　　【 男 ・ 女 】

生年月日：(大正・昭和・平成)　　年　　月　　日　年齢：　　歳　職業：

〒

住所：

連絡先：(自宅)　　・(携帯)

●今日はどこの具合が悪くて来院されましたか？

いつから　（　　日前から・　　週前から・　　ヶ月前から・　　年前から）

どのように具合が悪いですか？

●内視鏡について相談したい方のみ　当てはまるところに☑チェックしてください

□胃カメラについて　□大腸カメラについて　□両方

●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」と答えた方のみ→食品・薬の名前（　　）

●現在治療中の病気や今までにかかった病気について教えてください。

（例：〇〇歳　高血圧、糖尿病、心筋梗塞、胃潰瘍、〇〇で手術した等）

□なし

●現在飲んでいる薬はありますか？　(は い ・ いいえ)

※「ある」と答えた方のみ→お薬手帳をお持ちでしたらお見せください。

お薬手帳がない場合：薬の名前

●たばこは　（ 吸わない・１日　本吸っている・　年前から禁煙中・加熱式たばこ）

●お酒類は（ 飲まない・機会飲酒程度・１日に酒量：(何を)　（どれくらい）　）

●女性の方のみ　当てはまるところに☑チェックしてください

□妊娠していない　□妊娠中あるいは妊娠の可能性がある　□授乳中

ご来院のきっかけと手段についてお尋ねします

【きっかけ】　家の近く ・ 会社／学校の近く ・ インターネット ・ 看板 ・ 知人の紹介 ・

病院／医院の紹介　・　その他（　　）

【来院手段】　自家用車 ・ タクシー ・ バス ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩

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

P：　回/分（整・不整）・ SPO2：　％ ・ RR：　回 ・ BT：　℃