

胃・大腸内視鏡検査問診表

令和 年 月 日

ふりがな		男・女
お名前:		
生年月日: 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 才		
住所: 〒		
電話番号:	携帯電話:	
緊急連絡先: 氏名 様・続柄() 電話番号		

下記の項目について記入、もしくは○で囲んでください

1. どちらの検査をご希望ですか

胃・大腸

2. なぜこの検査を受けるのですか

定期的を受けている ・ 健診等で受けるように指摘された
 勧められた→どなたに()
 その他()

3. 現在何か症状はありますか

はい [] ・ いいえ

4. 今までに内視鏡検査を受けたことがありますか

はい→いつ頃()
 今回で何回目(回目)
 いいえ

5. 今まで受けた内視鏡検査でお困りの事はありましたか

はい [] ・ いいえ

6. 現在、治療中の病気はありますか

はい [高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病
 脳卒中 胃腸病 腎臓病 ぜん息
 その他()]
 いいえ

7. 現在、飲んでいる薬がありますか(お薬手帳があればお出してください)

はい [薬剤名:] ・ いいえ

8. 今までに薬や食品などでアレルギーを起こしたことがありますか

はい(薬剤名: 食品名:)
 いいえ

9. 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか

はい(妊娠 月・予定日 年 月 日) ・ いいえ ・ 授乳中

10. 肉親の方でガンになった方がいますか。

はい [どなたが 病名]
 いいえ

☆アンケートのお願い☆

当院をどのようにお知りになりましたか

下記の事項より該当する番号を○で囲み、お選び下さい。(複数回答可)

1. インターネット
⇒ 当院ホームページ ・ 寺田病院ホームページ ・ その他()
2. 看板 どの看板? ⇒ 巣鴨駅(JR ・ 三田線)、三田線車内、不忍通り、本郷通り
その他()
3. 知人からの紹介
4. 医師からの紹介 ⇒ 寺田病院、岩垂純一診療所、 その他()
5. 新聞・雑誌 ⇒ タウンページ、美人計画、 その他()
6. 通りがかり
7. その他()

ご協力ありがとうございました。