問診票(大腸内視鏡用)　本日の体温(　　℃)

ふりがな			
お名前			
郵便番号	〒　　－		
住　所			
電話番号	(　　)　　－		
生年月日	(明・大・昭・平) 年　月　日	男　・　女	

●マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか　はい　・　いいえ
　(いいえの方　この１年間に特定健診を受診されましたか　はい　・　いいえ　)
●他院からの紹介状は持参されていますか　はい　・　いいえ

●大腸内視鏡の目的はどれでしょうか？　○で囲んでください。(複数可)
　検診便潜血陽性　大腸ポリープの経過観察　下血　下痢　便秘　腹痛
　その他(　　)
●大腸内視鏡は初めてですか？　はい　・　いいえ
　いいえの方　何年前どちらで検査されましたか？(　　)

●今までに診断された病名はありますか？　○で囲んでください。
　緑内障　狭心症　前立腺肥大症　喘息　リウマチ　膠原病　脳卒中　肺気腫　肺結核
　その他(　　)
●現在、他の病院で治療を受けていらっしゃいますか？
　治療中　・　治療していない(病院名：　　)

●現在、飲んでいる薬はありますか？　はい　・　いいえ
●お薬手帳は持参されていますか？　はい　・　いいえ
●タバコを吸いますか？　はい　・　いいえ
　1日(　　)本　(　　)年間
●アルコールを飲みますか？　はい　・　いいえ

●今まで薬や食べ物でアレルギーになったことがありますか？
　薬についてのアレルギー　なし　・　あり
　食べ物についてのアレルギー　なし　・　あり
　その他のアレルギー　なし　・　あり
＜女性の方へ＞
●現在、妊娠中ですか？　いいえ　・　はい　・　可能性あり
●現在、授乳中ですか？　いいえ　・　はい

御協力ありがとうございました

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。