外来診察	月	火	水	木	金	土 （第 2･4 週）	日 （第 1･3 週）
午前	－	● 10:00−12:30	－	● 10:00−12:30	● 10:00−12:30	● 9:00−12:30	● 10:00−12:30
午後	－	－	－	● 16:00−18:30	● 17:00−18:30	－	－

休診日は水曜、第 2･4 日曜、祝日です

内視鏡検査	月	火	水	木	金	土	日 （第 1･3･5 週）
胃カメラ	●	●	－	●	●	●	●
大腸内視鏡	●	●	－	●	●	●	●

胃カメラ、大腸内視鏡は予約制です

【　2024 年 3 月　】

＊3 月 25 日は休診です。
＊3 月 26 日の外来診療はなく検査のみとなります。

〇　外来診察･検査　　※　検査のみ

		午前	午後
3月1日	金	〇	〇（17:00−18:30）
3月2日	土	※	※
3月3日	日	〇	※
3月4日	月	※	※
3月5日	火	〇	※
3月6日	水	休　診	
3月7日	木	〇	〇（16:00−18:30）
3月8日	金	〇	〇（17:00−18:30）
3月9日	土	〇（9:00−12:30）	※
3月10日	日	休　診	
3月11日	月	※	※
3月12日	火	〇	※
3月13日	水	休　診	
3月14日	木	〇	〇（16:00−18:30）
3月15日	金	〇	〇（17:00−18:30）
3月16日	土	※	※
3月17日	日	〇	※
3月18日	月	※	※
3月19日	火	〇	※
3月20日	水	休　診	
3月21日	木	〇	〇（16:00−18:30）
3月22日	金	〇	〇（17:00−18:30）
3月23日	土	〇	※
3月24日	日	休　診	
3月25日	月	休　診	
3月26日	火	※	※
3月27日	水	休　診	
3月28日	木	〇	〇（16:00−18:30）
3月29日	金	〇	〇（17:00−18:30）
3月30日	土	※	※
3月31日	日	※	※

外来診察	月	火	水	木	金	土 （第 2･4 週）	日 （第 1･3 週）
午前	－	● 10:00−12:30	－	● 10:00−12:30	● 10:00−12:30	● 9:00−12:30	● 10:00−12:30
午後	－	－	－	● 16:00−18:30	● 17:00−18:30	－	－

休診日は水曜、第 2･4 日曜、祝日です

内視鏡検査	月	火	水	木	金	土	日 （第 1･3･5 週）
胃カメラ	●	●	－	●	●	●	●
大腸内視鏡	●	●	－	●	●	●	●

胃カメラ、大腸内視鏡は予約制です

【　2024 年 4 月　】

＊4 月 12 日午後の外来診療はなく検査のみとさせていただきます。

○　外来診察･検査　　※　検査のみ

		午前	午後
4月1日	月	※	※
4月2日	火	○	※
4月3日	水	休　診	
4月4日	木	○	○（16:00−18:30）
4月5日	金	○	○（17:00−18:30）
4月6日	土	※	※
4月7日	日	○	※
4月8日	月	※	※
4月9日	火	○	※
4月10日	水	休　診	
4月11日	木	○	○（16:00−18:30）
4月12日	金	○	※
4月13日	土	○○（9:00−12:30）	※
4月14日	日	休　診	
4月15日	月	※	※
4月16日	火	○	※
4月17日	水	休　診	
4月18日	木	○	○（16:00−18:30）
4月19日	金	○	○（17:00−18:30）
4月20日	土	※	※
4月21日	日	○	※
4月22日	月	※	※
4月23日	火	○	※
4月24日	水	休　診	
4月25日	木	○	○（16:00−18:30）
4月26日	金	○	○（17:00−18:30）
4月27日	土	○（9:00−12:30）	※
4月28日	日	休　診	
4月29日	月	休　診	
4月30日	火	○	※

問　診　票　　No.

記　入　日	西暦　　年　月　日		
フ リ ガ ナ		性　　別	男性　・　女性
氏　　名			
現　住　所	（〒　　－　　）		
生 年 月 日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日　　年齢（　　歳）		
自 宅 電 話		携 帯 電 話	

①いつから、どのような症状でしたか？
いつから（　　）
どのような症状ですか
（　　）

②今までにかかったことのある病気がありましたらご記入ください いつ頃　（　　）　病名は（　　） いつ頃　（　　）　病名は（　　） いつ頃　（　　）　病名は（　　）	ない　ある
③家族（親族）で重い病気にかかられた方はいらっしゃいますか？ どなたですか　（　　）　病名は　（　　） どなたですか　（　　）　病名は　（　　）	いない　いる
④現在、他医院にかかっていますか？ いつ頃から（　　）　病名は　（　　） いつ頃から（　　）　病名は　（　　）	いない　いる
⑤現在、服用中のお薬はありますか？ 薬剤名（　　）	ない　ある
⑥今まで薬や治療で具合が悪くなったことがありますか？ どのような（　　）	ない　ある
⑦食べ物でアレルギーはありますか？ どのような（　　）	ない　ある
⑧今までにお酒をたしなまれましたか？ 種類（　　）　量（　　）　飲酒年数（　　年）	飲まない　飲む 飲んでいた
⑨今までにタバコをたしなまれましたか？ 本数（　　本／日）　喫煙年数（　　年）	吸わない　吸う 吸っていた
⑩現在、妊娠していますか？	いない　いる
⑪授乳はしていますか？	いない　いる
⑫最近、海外に行きましたか？　いつ頃（　　）　どこ（　　）	行かない　行った
⑬ペットは飼っていらっしゃいますか？　種類（　　）	いない　いる

内視鏡検査問診

ID：
フリガナ

記入日：西暦　　年　　月　　日　　氏名

①内視鏡検査（胃・大腸）を受けたことがありますか？	胃・大腸	□ なし
②検査中、また検査後に気分が悪くなったことがありますか？ 胃　（ムカムカした　吐いた　フラフラした　その他：＿＿＿＿） 大腸（ムカムカした　吐いた　フラフラした　その他：＿＿＿＿）	□ ある	□ なし
③前回の検査はいかがでしたか？　胃　（すごく苦しかった　苦しかった　普通　楽だった） 大腸（すごく苦しかった　苦しかった　普通　楽だった）		
④心臓が悪いと言われたことがありますか？ （心筋梗塞　狭心症　心房細動　不整脈　その他：＿＿＿＿）	□ ある	□ なし
⑤眼圧が高いと言われたことがありますか？（緑内障） （緑内障の手術をした　点眼治療中　治療をしていない）	□ ある	□ なし
⑥男性で、尿の出が悪いことがありますか？（前立腺肥大症） （前立腺の手術をした　内服治療中　治療をしていない）	□ ある	□ なし
⑦高血圧と言われたことがありますか？ （内服治療中　治療をしていない　その他：＿＿＿＿）	□ ある	□ なし
⑧肝臓の病気にかかったことがありますか？ （Ｂ型肝炎　Ｃ型肝炎　肝硬変　その他：＿＿＿＿）	□ ある	□ なし
⑨脳卒中にかかったことがありますか？ （脳梗塞　脳出血　その他：＿＿＿＿）	□ ある	□ なし
⑩糖尿病と言われたことがありますか？ （内服治療中　インスリン療法　その他：＿＿＿＿）	□ ある	□ なし
⑪気管支喘息はありますか？	□ ある	□ なし
⑫甲状腺機能亢進症はありますか？	□ ある	□ なし
⑬薬のアレルギーはありますか？ （ヨード剤　造影剤　ピリン系　アルコール　その他：＿＿＿＿）	□ ある	□ なし
⑭麻酔薬の使用で気分が悪くなったことがありますか？	□ ある	□ なし
⑮義歯はありますか？　（インプラント･差し歯は除く）	□ ある	□ なし
⑯血液をサラサラにさせる薬を飲んでいますか？ ※脳梗塞、脳血栓、心臓病などで血液の流れを良くする薬（薬剤名：＿＿＿＿）	□ ある	□ なし
⑰血が止まりにくい事はありますか？	□ ある	□ なし
⑱腹部の手術を受けたことがある方は記入して下さい。 （　　）歳　病名（　　）	□ ある	□ なし
⑲現在、妊娠していますか？ 授乳中ですか？	□ 妊娠中 □ 授乳中	□ なし □ なし

⑳その他、気になることがありましたらお書き下さい。

（　　）

※必須　㉑携帯電話番号を記入して下さい。

（　　）

※必須　㉒緊急のご連絡先電話番号を記入して下さい。　（受診者ご本人以外の近親者）

（TEL：　　名前　　（続柄　　））

※早めの検査をご希望される方は別紙でキャンセル待ち登録をして下さい。　（受付にお申し出下さい。）

千葉中央クリニック　http://si2.jp