

診療時間	月曜日	10:00～13:00	大腸内視鏡
	火曜日	10:00～13:00	16:00～18:30
	水曜日	休診日	
	木曜日	10:00～13:00	16:00～18:30
	金曜日		
	土曜日	10:00～12:30	大腸内視鏡
	第1,3,5日曜日		

※毎日9:00～10:00は胃カメラ・超音波検査を行っています。
 火・木・金の13:00～16:00は大腸内視鏡検査を行っています。
 祝日・毎週水曜日・第2, 4日曜日は休診日です。

< 1月 >

		午前	午後
1月1日	日		休診
1月2日	月		休診
1月3日	火		休診
1月4日	水		休診
1月5日	木	○	○
1月6日	金	○	○
1月7日	土	○	×
1月8日	日		休診
1月9日	月		休診
1月10日	火		休診
1月11日	水		休診
1月12日	木	○	○
1月13日	金	○	○
1月14日	土	○	×
1月15日	日	○	×
1月16日	月	○	×
1月17日	火	○	○
1月18日	水		休診
1月19日	木	○	○
1月20日	金	○	○
1月21日	土	○	×
1月22日	日		休診
1月23日	月	○	×
1月24日	火	○	○
1月25日	水		休診
1月26日	木	○	○
1月27日	金	○	○
1月28日	土	○	×
1月29日	日	○	×
1月30日	月	○	×
1月31日	火	○	○

※1月1～4日まで休診となります。1月5日より通常通り診療致します
 ※1月10日(火)休診となりますので、1月8日～1月11日まで休診です

診療時間	月曜日	10:00～13:00	大腸内視鏡
	火曜日	10:00～13:00	16:00～18:30
	水曜日	休診日	
	木曜日	10:00～13:00	16:00～18:30
	金曜日		
	土曜日	10:00～12:30	大腸内視鏡
	第1,3,5日曜日		

※毎日9:00～10:00は胃カメラ・超音波検査を行っています。
 火・木・金の13:00～16:00は大腸内視鏡検査を行っています。
 祝日・毎週水曜日・第2, 4日曜日は休診日です。

< 2月 >

		午前	午後
2月1日	水	休診	
2月2日	木	○	○
2月3日	金	○	○
2月4日	土	○	×
2月5日	日	○	×
2月6日	月	○	×
2月7日	火	○	○
2月8日	水	休診	
2月9日	木	○	○
2月10日	金	○	○
2月11日	土	休診	
2月12日	日	休診	
2月13日	月	○	×
2月14日	火	○	○
2月15日	水	休診	
2月16日	木	○	○
2月17日	金	○	○
2月18日	土	×	×
2月19日	日	○	×
2月20日	月	○	×
2月21日	火	○	○
2月22日	水	休診	
2月23日	木	○	○
2月24日	金	○	○
2月25日	土	○	×
2月26日	日	休診	
2月27日	月	○	×
2月28日	火	○	○
2月29日	水	休診	

※2月5日(日)は院長不在の為、千葉大医師の診察、検査となります。
 ※2月18日(土)学会のため検査のみで診療は休診とさせていただきます。

問診表

No. _____

受診日	平成 年 月 日	
フリガナ		性別 男性 ・ 女性
氏名		
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
緊急連絡先		

① いつ頃から、どのような症状でしたか？

いつ頃から ()
 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 ()	ない	ある
いつ頃 ()	病名は ()		
いつ頃 ()	病名は ()		

③ 家族（親族）で重い病気にかかれた方はいらっしゃいますか？

どなたですか ()	病名は ()	いない	いる
どなたですか ()	病名は ()		

④ 現在、他医院にかかっていますか？

いつ頃 ()	病名は ()	いない	いる
いつ頃 ()	病名は ()		

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 お酒とかタバコをたしなまれますか？

お酒：種類 () 量 () 飲酒年数 (年)	飲まない	飲む
タバコ：本数 (本/日) 喫煙年数 (年)	吸わない	吸う

⑨ 女性で、現在、妊娠していますか？

授乳はしていますか？	いない	いる
------------	-----	----

⑩ 最近、海外に行きましたか？

ペットは飼っているいらっしゃいますか？	行かない	行った
---------------------	------	-----

上部消化管（胃カメラ）
下部消化管（大腸）

内視鏡検査問診表

記入日：平成 年 月 日

お名前

①内視鏡検査（胃・大腸）を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> ある 胃・大腸	<input type="checkbox"/> 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？ （ムカムカした 吐いた フラフラした その他：_____）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
③前回の検査はいかがでしたか？（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：_____）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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：_____）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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：_____）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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：_____）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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：_____）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
⑪気管支喘息はありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
⑫甲状腺機能亢進症はありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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：_____）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
⑮入れ歯はありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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 ワーファリン パナルジン バファリン バイアスピリン エパデール オパルモン その他：_____	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
⑰血が止まりにくい事はありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 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（ ）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
⑲女性で、現在、妊娠していますか？授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中	<input type="checkbox"/> 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。 〔 _____ 〕	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
(21)緊急のご連絡先電話番号を記入して下さい。（親近者など） 〔 TEL： _____ 名前 _____ （続柄 _____） _____ 〕		

※早く検査をご希望される場合、キャンセル待ちができます。

希望します（平日 土・日 いつでも） 希望しない