

内視鏡検査前 問診表 (検査前 1 週間)

氏名 _____ 様

日付		体温	かぜ症状 (咽頭痛・咳・鼻水)	
月	日	度	有	無
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

※検査前 1 週間分をご記入いただき、検査当日必ずご持参ください

※症状がある場合、お早めにご連絡をお願い致します