

内視鏡検査問診票

お名前： _____

記載年月日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※胃内視鏡を受けられる方→[胃] 大腸内視鏡を受けられる方→[大腸] の項目にお答えください。

●内視鏡検査を受けられたことはありますか？		[胃] はい(口・鼻)・いいえ・覚えていない
		[大腸] はい・いいえ・覚えていない
「はい」と答えた方	それはいつでしたか？	[胃](_____ 年前頃) [大腸](_____ 年前頃)
何か異常を指摘されたことがありますか？		[胃][大腸] はい・いいえ
診断名(_____)		
ピロリ菌検査を受けたことがありますか？		[胃] はい・いいえ
除菌をしましたか？		[胃] はい・いいえ
●これまで以下の病気を治療もしくは指摘されたことがありますか？ [胃][大腸]		
・心筋梗塞(バルーン拡張・ステント留置)・狭心症・心房細動	はい・いいえ・わからない	
・脳梗塞	はい・いいえ・わからない	
・前立腺肥大(男性のみ)	はい・いいえ・わからない	
・緑内障	はい・いいえ・わからない	
・気管支喘息	はい・いいえ・わからない	
・甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症)	はい・いいえ・わからない	
・腹部手術(_____)	はい・いいえ・わからない	
●これまで以下のアレルギーを指摘されたことがありますか？ [胃][大腸]		
・キシロカインアレルギー	はい・いいえ・わからない	
・ヨードアレルギー	はい・いいえ・わからない	
・ミント(ハッカ)アレルギー	はい・いいえ・わからない	
・その他薬物アレルギー(_____)	はい・いいえ・わからない	
●女性の方にお聞きします [胃][大腸]		
・現在妊娠の可能性はありますか？	はい・いいえ・わからない	
・現在授乳をされていますか？	はい・いいえ	
●現在内服されている薬はありますか？ [胃][大腸]	はい・いいえ	
(_____)		
※ それらは何に対して処方されていますか？		
心筋梗塞・狭心症・不整脈(心房細動など)・高血圧・糖尿病・高脂血症・高尿酸血症		
その他(_____)		
※ お薬を処方されている医療機関はどこですか？		
医療機関名： _____		Tel： _____