

## 内視鏡問診票

ふりがな		年齢	才	性別	男・女	予約 時間	時 分
氏名	様	職業		体重	kg		
住所				電話番号		続柄	
				緊急連絡先			

1. 内視鏡検査は初めてですか。あてはまるものに○を付けて下さい。

初めて	初めてではない
以前に内視鏡検査を受けられたことのある方： 前回いつ頃( )	
病院名 ( ) 病院・クリニック)	

2. 前回の検査で不安や苦痛に感じられたことをご記入下さい。

3. 以下の病気をされたことがありますか。あてはまるものに○を付けて下さい。

a. 緑内障	b. 心臓病	c. 不整脈	d. 心臓ペースメーカー	e. 前立腺肥大症
f. 糖尿病	g. 褐色細胞腫	h. 梅毒	i. 肝硬変/肝炎( )型	j. 高血圧
k. 脳梗塞	l. 甲状腺機能亢進症	m. 喘息	n. 透析中	o. てんかん
p. 精神疾患	q. その他( )	r. 該当なし		

4. 手術を受けられたことがありますか。あてはまるものに○を付けて下さい。

無
有： 病名( ) 手術名( )

5. 胃内視鏡検査を受ける方におたずねします。

ピロリ菌の検査をうけたことがありますか。あてはまるものに☑か○を付けて下さい。

無		
有 →	<input type="checkbox"/> ピロリ菌いなかった	治療希望
	<input type="checkbox"/> ピロリ菌いた →	<input type="checkbox"/> ピロリ菌の薬を飲んでいない → <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ピロリ菌の薬を飲んだ → <input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> ピロリ菌はまだいる <input type="checkbox"/> ピロリ菌はいなくなった <input type="checkbox"/> わからない
ピロリ菌の検査をうける希望： <input type="checkbox"/> 自費でも希望 ・ <input type="checkbox"/> 保険適応なら希望 ・ <input type="checkbox"/> 希望しない ※希望された場合でも医師の判断によって検査を行わない場合がございます		

6. 薬や食べ物のアレルギーはありますか。あてはまるものに○を付けて下さい。

無
有： 大豆・アルコール綿・キシロカイン・ヨード・造影剤・その他( )

7. 女性の方へお聞きします。あてはまるものに○を付けて下さい。

a. 妊娠していない	b. 妊娠している	c. わからない	d. 授乳中
------------	-----------	----------	--------

8. 現在使用中の薬はありますか。(血がさらさらになる薬/抗血栓薬は必ずお書き下さい)

無
有： 薬剤名 ( )
薬手帳および数日分の内服薬を持参して下さい。