

内視鏡検査 問診表

ID: _____ 患者名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日()歳

記入日: _____ 年 月 日 * 検査、治療を安全に行うために以下の質問にお答え下さい。

質問		
●上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)の経験はありますか？	はい	いいえ
「はい」の方はお答えください。前回の検査はいつごろでしたか？ (年頃)		
●下部消化管内視鏡検査(大腸カメラ)の経験はありますか？	はい	いいえ
「はい」の方はお答えください。前回の検査はいつごろでしたか？ (年頃)		
●ピロリ菌陽性と診断されたこと、また除菌されたことはありますか？	はい	いいえ
「はい」の方はお答えください。診断・除菌はいつされましたか？ (年頃)		
●抗凝固薬・抗血小板薬(血をサラサラにする薬)を服用されていますか？	はい	いいえ
「はい」の方は内服している薬を記入してください。 ()		
●造影剤・麻酔剤(キシロカイン)によるアレルギーはありますか？	はい	いいえ
「はい」の方は薬剤名を記入してください。 ()		
●腹部(婦人科含む)の手術を受けたことはありますか？	はい	いいえ
「はい」の方はその内容を記入してください。(例:12歳:虫垂炎、35歳:帝王切開) (歳頃:) (歳頃:)		
●体内にペースメーカーや固定用金属プレートは植え込まれていますか？	はい	いいえ
●以下の病気はありますか？		
心臓病(例:狭心症、心筋梗塞、弁膜症など)	はい	いいえ
不整脈	はい	いいえ
高血圧	はい	いいえ
糖尿病	はい	いいえ
緑内障(眼圧が高い)	はい	いいえ
甲状腺機能亢進症(バセドウ病)	はい	いいえ
●男性の方のみご記入ください。 前立腺肥大を指摘されたこと、尿が出にくい症状はありますか？	はい	いいえ
●女性の方のみご記入ください。 授乳中、または妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ
●普段アルコールを飲みますか？ 頻度は ほぼ毎日・週3-4回程度・週1-2回程度・機会があれば・まったく飲まない		
●タバコを吸いますか？ ・吸う (1日の本数__本、__歳から) ・以前吸っていたがやめた (1日の本数__本、__歳から__歳まで) ・全く吸わない		