

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

# 胃(経鼻)内視鏡検査問診票

記載日： 年 月 日

患者番号：

様

(性別： ) (年齢： )

検査を行うための参考といたしますので、下記の質問についてお答えください。  
該当するものにし点を入れてください。

1. 今までに、胃カメラの検査を受けたことがありますか *『ある』と答えた方・・・当院で受けたものですか いつ頃受けましたか ( )	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年以内
2. 次の項目で、該当するものに○をつけてください	
①心臓が悪い(心筋梗塞・狭心症・不整脈・心臓手術を受けた)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②緑内障(眼圧が高い)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③前立腺肥大	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④糖尿病	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤食道・胃の手術を受けた	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥喘息・アレルギー体質	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦薬のアレルギー	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧血液を固まりにくくする薬を飲んでいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨歯の治療や胃カメラの喉の麻酔で、気分が悪くなったことがある *『はい』と答えた方 → 症状を記入してください <input type="checkbox"/> 冷汗 <input type="checkbox"/> 意識消失 <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3. ピロリ菌検査を受けたことがありますか 「ある」と答えた方・・・検査結果は <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 不明 「陽性」と答えた方・・・除菌結果は <input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 除菌せず	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明
4. 検査に関して、あるいはその他のことでご心配やご要望をご記入ください	