

内視鏡検査問診票

--

氏名: _____

ID (_____)

年齢: _____ 歳 体重: _____ Kg 記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 血液をサラサラにする薬(抗凝固剤・抗血小板薬)やサプリメントの服用はありますか？

あり (薬剤・サプリメント名: _____) なし

2. 薬剤・麻酔薬によるアレルギーはありますか？

あり (薬剤名: _____) なし

3. 今までかかったことがある病気、現在治療中の病気・症状はありますか？

◆脳血管の病気 あり (いつ頃: _____ 病名: _____) なし

◆心臓病・不整脈 あり (いつ頃: _____ 病名: _____) なし

◆高血圧 あり (いつ頃: _____) なし

◆肺の病気・喘息 あり (いつ頃: _____ 病名: _____) なし

◆緑内障 あり (いつ頃: _____) なし

◆眼圧が高い あり (いつ頃: _____) なし

◆前立腺肥大(男性のみ) あり (いつ頃: _____) なし

◆糖尿病 あり (いつ頃: _____) なし

◆けいれん・てんかん発作 あり (いつ頃: _____) なし

◆頭痛 あり (いつ頃: _____) なし

◆精神的な病気 あり (いつ頃: _____ 病名: _____) なし

◆その他の病気 あり (いつ頃: _____ 病名: _____) なし

あり (いつ頃: _____ 病名: _____)

4. 手術を受けたことはありますか？ (例:虫垂炎、ヘルニア、帝王切開などの婦人科手術も含む)

あり (いつ頃: _____ 病名: _____) なし

あり (いつ頃: _____ 病名: _____)

5. 胃カメラ (上部消化管内視鏡検査) を受ける方のみ記入してください

◆胃カメラ (上部消化管内視鏡検査) の経験はありますか？

あり (最終検査日: _____ 年 _____ 月 頃、病院名: _____) なし

◆検査結果は異常ありましたか？ あり (_____) なし

◆検査時苦痛はありましたか？ あり (_____) なし

◆ピロリ菌を調べたことがありますか？ あり → (結果: 陽性 陰性) なし

◆除菌治療はしましたか？ あり → (結果: 成功 失敗) なし

6. 大腸カメラ (下部消化管内視鏡検査) を受ける方のみ記入してください

◆大腸カメラ (下部消化管内視鏡検査) の経験はありますか？

あり (最終検査日: _____ 年 _____ 月 頃、病院名: _____) なし

◆検査結果は異常ありましたか？ あり (_____) なし

◆検査時苦痛はありましたか？ あり なし

◆普段の便通の状態を記入してください 便の回数: (_____) 回/週

便の形状: 硬め 普通 軟らかめ 下痢 (_____) 回/日

下剤服用: あり (_____) なし

7. (女性のみ) 授乳中または妊娠の可能性はありますか？

あり (妊娠: _____ 週) (授乳中: 生後 _____ 歳 _____ ヶ月) なし

8. 不明点や疑問などがありましたら記入してください

(_____)

※内服薬がある場合は薬手帳を来院時に持参してください

井上胃腸内科クリニック