

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: _____)	□
◆ 心臓病・不整脈	□	あり (いつ頃: _____ 病名: _____)	□
◆ 高血圧	□	あり (いつ頃: _____)	□
◆ 肺の病気・喘息	□	あり (いつ頃: _____ 病名: _____)	□
◆ 緑内障	□	あり (いつ頃: _____)	□
◆ 眼圧が高い	□	あり (いつ頃: _____)	□
◆ 前立腺肥大(男性のみ)	□	あり (いつ頃: _____)	□
◆ 糖尿病	□	あり (いつ頃: _____)	□
◆ けいれん・てんかん発作	□	あり (いつ頃: _____)	□
◆ 頭痛	□	あり (いつ頃: _____)	□
◆ 精神的な病気	□	あり (いつ頃: _____ 病名: _____)	□
◆ その他の病気	□	あり (いつ頃: _____ 病名: _____)	□
	□	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: _____)	□	なし
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 (_____)	□
◆ 検査時苦痛はありましたか？	□	あり (_____)	□
◆ ピロリ菌を調べたことがありますか？	□	あり → (結果: □ 陽性 □ 陰性)	□
◆ 除菌治療はしましたか？	□	あり → (結果: □ 成功 □ 失敗)	□
◆ 歯を抜いたことはありますか？	□	あり (_____)	□
◆ 歯科麻酔後の異常ありましたか？	□	あり (症状: _____)	□
◆ 入れ歯はありますか？	□	あり (_____)	□
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 (_____)	□
◆ 検査時苦痛はありましたか？	□	あり	□
◆ 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