

内視鏡検査問診票 [胃・大腸]

黒のボールペンでご記入ください

受診日 年 月 日

氏名 男・女
(才)

①胃内視鏡検査を受けたことがありますか？	いいえ・はい (口・鼻) (年頃)
前回の結果	異常なし・逆流性食道炎・胃潰瘍・胃炎・十二指腸潰瘍 ポリープ・(他)
今回ご希望の検査方法	経口・経鼻・どちらでもよい
[経鼻をご希望の方] 症状により経口に変更 になる場合があります	鼻の病気にかかったことがありますか？ いいえ・はい (病名 年頃) 現在、鼻の通り具合はいかがですか？ 特に意識していない・つまりやすい (右・左・両)
②大腸内視鏡検査を受けたことがありますか？	いいえ・はい (年頃)
前回の結果	異常なし・ポリープ・大腸炎・痔 ポリープ切除ありの方 (年頃)
③最後に食事をとったのは何時ですか？	(月 日 時頃)
④現在何か症状がありますか？	いいえ・はい ()
⑤ピロリ菌を除菌したことがありますか？	いいえ・はい (年頃)
除菌後の検査 (除菌判定) を受けましたか？	いいえ・はい
⑥手術を受けたことがありますか？	いいえ・はい (病名 年頃) 高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・喘息・食道静脈瘤・肝硬変 心筋梗塞・狭心症・心臓弁膜症・心筋症・不整脈・脳梗塞 前立腺肥大・緑内障 (急性閉塞隅角緑内障)
⑦右記に該当する病気の方は ○をつけてください	*お薬手帳をお持ちの方はご持参ください いいえ・はい (病名)
⑧普段飲んでいる薬はありますか？	いいえ・はい (薬品名)
血液をサラサラにする薬がありますか？	いいえ・はい (薬品名)
事前に担当医に相談しましたか？	いいえ・はい (服用中止期間: 日間)
⑨薬のアレルギーはありますか？	いいえ・はい (薬品名)