

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

年 月 日

氏 名

年 令 才 男 ・ 女

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

鼻の病気にかかったことがありますか？

[経鼻をご希望の方] いいえ・はい（病名 年頃）

症状により経口に変更

になる場合があります

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ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？ いいえ・はい（除菌：なし・あり 年頃）

⑥手術を受けたことがありますか？ いいえ・はい（病名 年頃）

⑦右記に該当する病気の方は

○をつけてください

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）

⑧普段飲んでいる薬はありますか？

***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 ）

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 ）