

# 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] 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)

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

⑦ 右記に該当する病気の方は  
○をつけてください

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 )