

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

胃内視鏡検査問診票

記載日： 年 月 日

患者番号： _____

様

(性別：) (年齢：)

検査を行うための参考といたしますので、下記の質問についてお答えください。

(○で囲んでください。)

1. 以前に内視鏡検査（胃カメラ）を受けたことがありますか？

無 ・ 有 ・ 覚えていない

有の場合、ヘリコバクターピロリ菌の検査を受けたことはありますか？

無 ・ 有 [検査方法： 内視鏡による組織検査・尿素呼気試験・血液検査・便検査]

ヘリコバクターピロリ菌除菌をしたことがありますか？ 無 ・ 有

有の場合、治療の結果はいかがでしたか [除菌成功・除菌失敗・未治療・治療後判定検査未]

2. 今までに注射や薬で気分が悪くなったり、じん麻疹等が出たりしたことがありますか？

無 ・ 有 [薬品名]

3. アレルギー（ぜん息、じん麻疹等）はありますか？

無 ・ 有 []

4. 麻酔薬によるアレルギーがありますか？（例：歯医者で麻酔を使ったら気分が悪くなった等）

無 ・ 有 []

5. 次の病気はありますか？ またはかかったことがありますか？

無 ・ 有 [心臓の病気 ・ 糖尿病 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大
高血圧 ・ その他()]

6. 心臓病や脳梗塞などで血が固まりにくくなるお薬を飲んでいますか？

無 ・ 有 [バファリン・ワファリン・アスピリン・バイアスピリン・パカゾリン・プレタル・
アツプラグ・パルゼン・IPデール・その他()]

7. 今までにお腹の手術（女性の方は帝王切開も含みます）をしたことがありますか？

無 ・ 有 [病名()]

8. 女性の方へ：現在妊娠またはその可能性がありますか？

無 ・ 有

※経鼻内視鏡を希望される方へ

9. 鼻血がよくでることがありますか？ 無 ・ 有

10. 鼻の手術を受けたことがありますか？ 無 ・ 有