

# 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