

内視鏡検査を受けられる方へ(問診票)

1. 内視鏡検査を今までに何回受けましたか。

胃カメラ	(初めて・	回目、最終検査	年前)
大腸カメラ	(初めて・	回目、最終検査	年前)

2. ピロリ菌検査についてお答えください。

- ①ピロリ菌検査を受けられたことがありますか？ (はい・いいえ)
②はいの方に質問です。結果はどちらですか？ (陽性・陰性)
③陽性の方に質問です。除菌治療を受けましたか？ (はい・いいえ)

3. 以下の質問にお答えください。

- ①血圧のお薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)
②血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)
はいと答えた方→お薬の名 ()
③不整脈・心臓の病気はありますか？ (はい・いいえ)
はいと答えた方→病名 ()
④糖尿病の治療中ですか？ (はい・いいえ)
はいと答えた方→お薬の名 ()
⑤お薬や食べ物のアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)
はいと答えた方→お薬や食べ物の種類 ()
⑥歯科治療など麻酔は大丈夫でしたか？ (はい・いいえ)
⑦おなかの手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
はいと答えた方→病名 (女性は出産を含む；)
⑧前立腺肥大と言われたことがありますか？(男性) (はい・いいえ)
⑨現在妊娠している可能性がありますか？(女性) (はい・いいえ)
⑩緑内障と言われたことがありますか？ (はい・いいえ)
⑪てんかん等の治療中ですか？ (はい・いいえ)
はいと答えた方→お薬の名 ()

記載日

令和 年 月 日

お名前



かしはらクリニック