

# ＜内視鏡検査問診票＞

お名前 \_\_\_\_\_ 様

■ 胃内視鏡検査の経験はありますか？ はい ・ いいえ

(西暦 年 月頃)

■ 今までにピロリ菌の検査を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

→「はい」とお答えの方にお伺いします。ピロリ菌の感染はありましたか？ はい ・ いいえ

→除菌治療をおこないましたか？ (西暦 年頃) 成功 ・ 不成功

■ 大腸内視鏡検査の経験はありますか？ はい ・ いいえ

(西暦 年 月頃)

■ 腹部の手術を受けたことはありますか？ はい ・ いいえ

年齢( 歳) 手術内容( )

■ 以下の病気はありますか？

・狭心症 ( あり ・ なし )

・心筋梗塞 ( あり ・ なし )

・不整脈 ( あり ・ なし )

・高血圧 ( あり ・ なし )

・緑内障 ( あり ・ なし )

・糖尿病 ( あり ・ なし )

・甲状腺の病気 ( あり ・ なし )

・抗血栓薬の内服 ( あり ・ なし )

・大豆アレルギー ( あり ・ なし )

・卵アレルギー ( あり ・ なし )

・麻酔アレルギー ( あり ・ なし )

・前立腺肥大症(男性のみ) ( あり ・ なし )