

＜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)