

# < 内視鏡問診票 >

お名前 \_\_\_\_\_ 様

■ 胃カメラを受けた事がありますか？ ( ) 年 ( ) 月頃  
はい ・ いいえ 結果 ( )

■ ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？  
はい ・ いいえ 「はい」とお答えの方に伺います

ピロリ菌の感染はありましたか？ はい ・ いいえ  
除菌治療を行いましたか？ はい (成功 ・ 失敗) ・ いいえ  
除菌治療を行った時期を教えてください ( ) 年頃

■ 大腸カメラを受けた事がありますか？ ( ) 年 ( ) 月頃  
はい ・ いいえ 結果 ( )

■ 腹部手術を受けた事がありますか？ ( ) 年頃  
はい ・ いいえ ( )

■ 以下の病気はありますか？

・ 狭心症 ・ 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
・ 麻酔での体調不良	あり ・ なし
・ 前立腺肥大症 (男性のみ)	あり ・ なし

