

# < 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？ はい ・ いいえ  
( ) 年 ( ) 月頃 検査結果 ( )

■ ピロリ菌の検査を受けた事がありますか？ 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 ・ いいえ  
除菌は成功しましたか？ 成功 ・ 失敗 ・ 未判定  
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？ はい ・ いいえ  
( ) 年 ( ) 月頃 検査結果 ( )

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

■ 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



医療法人社団

おおいまち

消化器外科クリニック

oimachi digestive surgery clinic