＜ 内視鏡問診票 ＞

お名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

■ 既往症について教えてください

・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

・腹部手術を受けたことはありますか？　　あり　・　なし

（　　）年頃　（　　）

＊以下の質問は、最後に受けた内視鏡検査が当院の場合には記載の必要はありません。

■ 胃カメラを受けた事はありますか？　　はい　・　いいえ

（　　）年（　　）月頃　　検査結果（　　）

■ ピロリ菌の検査を受けたことはありますか？　　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はありますか？　　はい　・　いいえ

（　　）年（　　）月頃　　検査結果（　　）

医療法人社団
おおいまち
消化器外科クリニック
ooimachi digestive surgery clinic