

内視鏡問診票

年 月 日

フリガナ

名前

既往症について教えてください

心疾患 はい・いいえ

不整脈 はい・いいえ

高血圧 はい・いいえ

緑内障 はい・いいえ

糖尿病 はい・いいえ

甲状腺の病気 はい・いいえ

抗血栓薬の内服 はい・いいえ

麻酔での体調不良 はい・いいえ

前立腺肥大症(男性のみ) はい・いいえ

薬剤・食物アレルギー はい・いいえ

()

喫煙をしたことはありますか はい・いいえ

本/日 ~ 歳

* 当院で内視鏡検査を受けたことのある方は

検査のご説明を簡略化することができます

検査説明の簡略化を希望されますか？

はい・いいえ

* 大腸カメラをご希望の方は

以下のご質問にお答えください

排便について

排便の頻度 _____日に _____回

内服している下剤はありますか？

()

腹部手術を受けたことはありますか？

はい・いいえ _____年頃

診断 ()

* 以下の質問は、前回の内視鏡検査を当院で受けられた方にご回答の必要はありません

胃カメラを受けたことはありますか？

はい・いいえ _____年_____月

診断 ()

大腸カメラを受けたことはありますか？

はい・いいえ _____年_____月

診断 ()

ピロリ菌の検査を受けたことはありますか？

はい・いいえ

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

治療は成功しましたか？ はい・いいえ

除菌治療を行った時期について教えてください

_____年頃