

上部内視鏡検査 問診票

記載日 年 月 日

お名前 年齢 才 男 ・ 女

Q1. 上部消化管内視鏡（胃カメラ）検査は受けたことがありますか？

初めて あります（前回検査 年ごろ）

Q2. 当てはまる症状を教えてください。

胸やけ・詰まる感じ 胃痛 腹部膨満感 胃がん検診
 定期検査 その他（ ）

Q3. 薬のアレルギーはありますか？

ない はい（薬品名 ）

Q4. 血をサラサラにするお薬を服用されていますか？（必ず申し出てください）

いいえ はい（薬剤名 ）

Q5. 現在、かかられているご病気はありますか？

特にない
 糖尿病 高血圧 貧血 狭心症 心筋梗塞 透析 緑内障
 脳卒中による麻痺 ペースメーカーを入れている （男性の方）前立腺肥大
 （女性の方）妊娠あるいはその可能性

Q6. そのご病気で薬は服用されていますか？

いいえ はい（薬剤名 ）

Q7. ピロリ菌について調べたことがありますか？

いいえ
 はい（検査日： 年 不明）
 ピロリ菌がいた（陽性）： まだ除菌していない 除菌し成功 除菌し不成功
 ピロリ菌はいなかった（陰性）

Q8. ピロリ菌検査を希望されますか？

はい いいえ

Q9. その他、気になることがあればご記入ください

（ ）