

# 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

（ \_\_\_\_\_ ）