

# 内視鏡検査問診票

検査日 年 月 日

ID \_\_\_\_\_

カナ氏名 \_\_\_\_\_ 様 生年月日 T・S・H 年 月 日 ( ) 歳

身長/体重 [ \_\_\_\_\_ cm / \_\_\_\_\_ kg ] 最終排便 [ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ] 排便間隔 [ 毎日 ・ \_\_\_\_\_ 日おき ]

最終食事 [ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時頃 ] 内容 [ \_\_\_\_\_ ]

今まで内視鏡検査を受けたことはありますか	いいえ ・ はい ( 胃カメラ ・ 大腸カメラ )
ピロリ菌の検査をしたことはありますか	いいえ ・ はい
「はい」の方 検査や治療の結果はどうでしたか	ピロリ菌指摘なし ・ 除菌成功 ・ 除菌失敗 未治療 ・ 薬は飲んだが効果判定していない
以下の質問は、 <b>現在治療中 ・ 治療後</b> も含めてお答えください。治療後の場合、完治された時期の記載をお願いします。	
心臓・血管系の病気はありますか	いいえ ・ はい ( 病名: _____ )
脳の病気はありますか	いいえ ・ はい ( 病名: _____ )
血液をサラサラにする薬を飲んでいますか	いいえ ・ はい バイアスピリン ・ リクシアナ ・ イグザレルト ・ エリキュース ワーファリン ・ エフィエント ・ プラザキサ ・ パナルジン プラビックス ・ プレタール ・ コンプラビン ・ エパデール(イコサペント酸) ・ オパルモン(リマプロスト) その他 ( _____ )
血圧を下げる薬を飲んでいますか	いいえ ・ はい
緑内障はありますか	いいえ ・ はい
糖尿病・褐色細胞腫はありますか	いいえ ・ はい
腎臓の病気や、透析をしていますか	いいえ ・ はい ( シヤント 左 ・ 右 )
肺の病気はありますか	いいえ ・ はい ( 病名: _____ )
甲状腺機能亢進症はありますか	いいえ ・ はい
肝臓の病気はありますか	いいえ ・ はい ( 病名: _____ )
てんかんを起こした事がありますか	いいえ ・ はい
男性の方: 前立腺肥大はありますか	いいえ ・ はい
女性の方: 妊娠の可能性ありますか	いいえ ・ はい
女性の方: 授乳をしていますか	いいえ ・ はい
手術をしたことはありますか ※病名や手術部位、時期など	いいえ ・ はい ( _____ )
薬・食べ物・麻酔のアレルギーはありますか	いいえ ・ はい 麻酔薬 ・ 鎮静剤 ・ 造影剤 ・ 卵 ・ 大豆 ・ アルコール綿 その他 ( _____ )
タバコは吸いますか	いいえ ・ 以前吸っていた ・ はい
「以前吸っていた」・「はい」の方	本数: _____ 本/日 ・ 年数: _____ 年間
お酒はのみますか	いいえ ・ はい ( 種類・量・頻度: _____ ml ・ 回程度/週 )
宗教上の理由で輸血などの制限はありますか	いいえ ・ はい
本日付添の方はいらっしゃいますか	いいえ ・ はい ( 続柄: _____ )

スタッフ備考欄 :

確認事項 : 義歯 眼鏡 アクセサリー類 貼り薬類 補聴器 その他 ( \_\_\_\_\_ )

ロッカーNo.