❖胃内視鏡検査　問診票❖

記載日　＿＿年　＿月　＿日　　氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

該当する項目に〇をし、お手数ですが詳細もご記入ください。

＜検査について＞

♦以前、胃内視鏡検査を受けたことがありますか？

ない（今日が初めて）・ ある ➡ どこで受けましたか？　**当院で ・ 他院で（　）年前に**

♦検査の結果指摘された病気・異常はありますか？（例：胃炎 逆流性食道炎 など）

ない ・ ある ➡ 具体的に（　　）

♦検査を受けるにあたって気になる症状はありますか？

ない ・ ある ➡ 具体的に（　　）

＜ピロリ菌について＞（ピロリ菌とは…胃の中にいる菌で、胃炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍などの原因になることがあります）

♦ピロリ菌を採血・検便・胃内視鏡検査などで調べたことがありますか？

ない ・ ある ➡ 検査の結果、ピロリ菌がいるといわれましたか？

いない ・ わからない

いる ➡ ピロリ菌の治療をされましたか？

除菌していない ・ わからない

除菌した ➡ 除菌は成功しましたか？

成功した ・ 成功しなかった ・ わからない

＊＊

＜検査に使用するお薬に関連しての質問＞

♦下記で治療中・内服中の病気や妊娠など該当するものはありますか？

ない ・ ある ➡　（該当する場合〇をして下さい）

緑内障　不整脈　前立腺肥大症（尿が出にくい）甲状腺機能亢進症

糖尿病　高血圧　妊娠中　授乳中

♦上記以外に、治療中・内服中の病気はありますか？

ない ・ ある ➡ 具体的に（　　）

♦血液を固まりにくくするお薬を飲んでいますか？

いいえ ・ はい ➡ お薬の名前（　　）

（例：バイアスピリン　小児用バファリン　ワーファリン　プラザキサ　エパデール　など）

♦お薬を休薬していますか？

いいえ ・ はい ➡（　）日前より休薬している

♦麻酔薬による副作用やお薬のアレルギーはありますか？

ない ・ ある ➡ お薬の名前（　　）　症状（　　）

♦検査の際に鎮静剤・鎮痛剤を希望しますか？（緑内障の方は鎮静剤が使用できません。）

いいえ ・ はい