

問診票 (上部内視鏡検査)

年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日		年齢	
------------	--	------	--	----	--

身長: _____ cm 体重: _____ kg

① 胃の内視鏡検査を今までに受けたことがありますか？	はい	いいえ
② 心臓が悪いと言われたことがありますか？ (例えば、狭心症、心筋梗塞、心不全、不整脈など)	はい	いいえ
※「はい」と答えられた方 →心臓ペースメーカーが入っていますか？	はい	いいえ
③ 血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？	はい	いいえ
※「はい」と答えられた方 →薬品名を記入してください()		
④ 糖尿病はありますか？	はい	いいえ
⑤ 緑内障や眼圧が高いと言われたことがありますか？	はい	いいえ
⑥ 食品・薬剤・麻酔剤(キシロカイン)のアレルギーはありますか？	はい	いいえ
※「はい」と答えられた方 →食品・薬品名を記入してください()		
⑦ 男性の方 前立腺肥大はありますか？	はい	いいえ
⑧ 女性の方 授乳中あるいは妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ
⑨ 検査を楽に受けるため鎮静剤(麻酔)を希望しますか？	希望	希望なし
⑩ ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？	はい	いいえ
※「はい」と答えられた方		
・結果はどうでしたか？	陽性	陰性
・除菌治療はされましたか？	はい	いいえ
・除菌治療後に除菌できたかの判定検査を受けましたか？	はい	いいえ
・判定の結果はどうでしたか？	除菌成功	除菌失敗

ご協力ありがとうございました

2020年2月1日改訂