

胃カメラ検査を受けられる方へ

年 月 日

フリガナ		男 女	生 年 月 日	大正 昭和 平成	年 月 日	未 婚 ・ 既 婚
氏名						
住所	〒 —			職業		
携帯 (自宅)		体重		Kg		

太枠内のご記入お願いいたします

1. なぜ検査を受けようと思いましたか？ (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 健診異常があった <input type="checkbox"/> 定期検査希望 <input type="checkbox"/> ピロリ菌陽性 <input type="checkbox"/> 症状がある→質問2、3へ <input type="checkbox"/> その他()
2. 症状についてお伺いします。当てはまる項目にチェックしてください。 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> げっぷ <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> つかえ感 <input type="checkbox"/> 呕気・嘔吐 <input type="checkbox"/> お腹の張り <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> その他()
3. いつごろから症状がありますか	() ころから
4. 胃カメラを受けたことがありますか 「はい」の方は 前はいつ頃でしたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ () 年前 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 当院
5. ピロリ除菌の治療(内服治療)を受けられたことは ありますか 「はい」の方は判定検査をされていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ↳ <input type="checkbox"/> 除菌成功 <input type="checkbox"/> 除菌失敗 <input type="checkbox"/> 内服したが判定検査をしていない <input type="checkbox"/> わからない
6. 検査を楽に受けられるように鎮静剤を希望されますか？ ※鎮静剤とは検査中の不安を鎮め、苦痛を感じにくくするお薬です。	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからないので相談したい
7. 現在、服用中の薬または、常用薬がありますか ある方はご記入ください	
8. 薬や食べ物で気分が悪くなったことなどありますか。ある方はご記入ください	
9. おなかの手術を受けたことはありますか、ある方はご記入ください	

抗凝固剤・抗血栓薬

あり なし

妊娠・授乳

あり なし

当日の内服

あり なし

たまご・大豆のアレルギー

あり なし