

内視鏡問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		年齢	性別	血圧	/ ()		
氏名			男・女	身長	cm	体重	kg

1. 血液をさらさらしている薬や抗凝固剤を飲んでいますか？ →「はい」の方、薬の名前は何か？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	薬剤名 ()				
2. 定期で内服している薬はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
3. 右に書いてある病気と言われたことはありますか？	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> なし			
4. お腹の手術を受けたことがありますか？ →「はい」の方、どのような手術ですか？ (例 帝王切開など)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	()				
5. 卵、大豆でアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
6. 麻酔薬(キシロカイン)などの薬アレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					
7. (女性の方へ)妊娠の可能性はありますか、授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ					

【胃カメラを希望される方のご記入ください】

1. なぜ検査を受けようと思いましたか？ (あてはまるところに印をお願いします)	<input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘	<input type="checkbox"/> 症状がある	<input type="checkbox"/> 定期検査 (癌 胃炎 食道炎 ポリープなど)				
	<input type="checkbox"/> ピロリ菌がある	<input type="checkbox"/> 胃が気になる	<input type="checkbox"/> その他 ()				
2. 何か症状はありますか？ (あてはまるところに印をお願いします)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 胸やけ	<input type="checkbox"/> ゲップ	<input type="checkbox"/> 胃痛			
	<input type="checkbox"/> 胃もたれ	<input type="checkbox"/> ムカつき	<input type="checkbox"/> つかえ感				
	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐	<input type="checkbox"/> 腹部膨満感	<input type="checkbox"/> 体重減少				
	<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> その他 ()					
3. 「症状のある」方、いつ頃からですか？	() 前から						
4. 胃カメラを受けたことはありますか？ →「はい」の方、前はいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない				
	() 年前 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 当院						
5. ピロリ菌の治療(内服治療)を受けたことはありますか？ →「はい」の方、治療の結果はどうでしたか？	<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"/> 薬を飲んだが効果判定をしていない						
	<input type="checkbox"/> その他 ()						

【大腸カメラを希望される方のご記入ください】

1. なぜ検査を受けようと思いましたか？ (あてはまるところに印をお願いします)	<input type="checkbox"/> 便潜血陽性	<input type="checkbox"/> 定期検査 (癌・炎症・ポリープ切除)				
	<input type="checkbox"/> 血便	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> 下痢		
	<input type="checkbox"/> 大腸が気になる <input type="checkbox"/> その他 ()					
2. 大腸カメラを受けたことはありますか？ →「はい」の方、前はいつ頃ですか？ 大腸のポリープを切除したことがありますか？ 検査の時、腸が長いといわれましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない			
	() 年前 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 当院					
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない			
	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> わからない			
3. 排便状況について質問させていただきます 便の回数ほどのくらいですか？ 便の硬さはいかがですか？ 下剤を服用されていますか？	() 日に () 回					
	<input type="checkbox"/> 硬い	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟便	<input type="checkbox"/> 下痢		
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 時々					