

内視鏡問診票 (ID:)

記入日 年 月 日

フリガナ		年齢	性別	身長	cm	体重	kg
氏名			男 ・ 女	本人様の 連絡先			

1. 血液をさらさらしている薬や抗凝固剤を飲んでいませんか？ → 「はい」の方、薬の名前は何ですか？	<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はご記入ください】

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はご記入ください】

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