

# 内視鏡検査を受けられる方へ（問診票）

記入日 20 年 月 日

ID フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日 ( 歳 )

1. 現在、どのような症状がありますか？ ( )

2. 内視鏡検査を受けたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

「はい」と答えた方、その時の結果はどのように説明されましたか？ ( )

3. 今までに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」と答えた方、その結果はいかがでしたか？ ( 陽性 ・ 陰性 )

「陽性」だった方、除菌の治療は受けられましたか？

( 受けた ・ 受けていない ・ 除菌できなかった )

4. 以下の病気と言われたことがありますか？

高血圧 ・ 狭心症 ・ 心不全 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺疾患

喘息 ・ 腎不全 ・ 前立腺肥大 ・ 緑内障 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 副鼻腔炎

鼻茸 ・ 鼻中隔湾曲症 ・ その他 ( )

5. 現在、服用している薬がありますか？ ( はい ・ いいえ )

6. 血液が固まらないようにする薬を服用していますか？ ( はい ・ いいえ )

薬剤名 ( )

7. 内服薬や注射で副作用が出たことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

薬剤名 ( )

8. 歯科治療で局所麻酔を行ったときに気分が悪くなったり、蕁麻疹が出たりしたことがありますか？

( はい ・ いいえ )

9. 腹部の手術を受けたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

病名 ( )

10. 左右の鼻腔で通りにくいほうがありますか？ ( はい ・ いいえ )

11. 血が止まりにくい体質と言われたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

12. 女性の方にお聞きします。現在妊娠している可能性がありますか？ ( はい ・ いいえ )