

内視鏡問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		年齢	性別				
氏名			男・女	身長	cm	体重	kg

1.血液をさらさらにする薬（抗血栓薬）を飲んでますか 「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.右に記載している病気と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 特になし
3.お腹の手術を受けたことはありますか？ 「はい」の方、手術内容は何ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 手術内容（ ）
4.胃カメラや歯医者での麻酔薬でアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5.（女性の方のみ）授乳中や妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6.検査を楽に行うための鎮静剤を希望されますか？	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない、相談したい

【胃カメラを希望される方は記入してください】

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"/> バリウムで異常を指摘 <input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> ピロリ菌指摘あり <input type="checkbox"/> 精査希望 <input type="checkbox"/> その他（ ）
2.何か症状はありますか？（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 胸焼け <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 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他（ ）
3.「症状のある」方、いつ頃からですか？	（ ）
4.胃カメラを受けたことがありますか？ 「はい」の方、前はいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （ ）年前 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 当院
5.ピロリ菌の検査を以前受けたことがありますか？ 「はい」の方、検査や治療の結果はいかがでしたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ----- <input type="checkbox"/> ピロリ菌指摘なし <input type="checkbox"/> 除菌成功 <input type="checkbox"/> 除菌失敗 <input type="checkbox"/> 未治療・放置 <input type="checkbox"/> 薬飲んだが効果判定していない

【大腸カメラを希望される方は記入してください】

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"/> 便潜血でひっかった <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 精査希望 <input type="checkbox"/> その他（ ）
2.大腸カメラを受けたことがありますか？ 「はい」の方、前はいつ頃ですか？ 大腸ポリープを切除したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ （ ）年前 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 当院 ----- <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3.排便状況について質問させていただきます 便の回数はどれくらいですか？ 便の硬さはいかがですか？ 下剤を内服されていますか？	（ ）日に（ ）回 <input type="checkbox"/> 硬め <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