

内視鏡検査問診票

記入日: _____ 氏名 _____

該当するものを○で囲み、必要時記入をお願いします。(ボールペン使用)

	質 問 事 項	回 答 欄
1	お腹や胸の手術(盲腸・ソ径ヘルニアなど)大きな病気をしたことがありますか 病 名 _____ 時 期 _____	ある ・ ない
2	心臓の病気(狭心症、心筋梗塞、弁膜症、うっ血性心不全、不整脈)がありますか 病 名 _____	ある ・ ない
3	糖尿病がありますか、あるいは血糖が高いと言われたことがありますか	ある ・ ない
4	緑内障がありますか、あるいは眼圧が高いと言われたことがありますか	ある ・ ない
5	気管支喘息がありますか	ある ・ ない
6	高血圧がありますか、本日の血圧(_____ / _____)	ある ・ ない
7	内服中の薬はありますか 病 名 _____ 薬の名前 _____	ある ・ ない
8	特に内服している薬の中に、血液を固まりにくくする作用の薬はありますか(脳梗塞や心臓の病気を持っている方によく処方されています)。 薬の名前 _____	ある ・ ない
9	薬や食物に対するアレルギーはありますか(ゴム、アルコール綿、造影剤等) アレルギー _____ 症状 _____	ある ・ ない
10	最近下記の症状がありますか 胃部症状(胃痛 胸やけ 嘔気 嘔吐) その他(_____) 腹部症状(腹痛 腹部膨満 血便 下痢) その他(_____) 排便回数(_____)回/1日 便の性状(_____)	ある ・ ない
11	胃内視鏡検査を受けたことがありますか 回数 _____ 最後に受けた時期 _____ 機関 _____ 病名 _____	ある ・ ない
12	大腸視鏡検査を受けたことがありますか 回数 _____ 最後に受けた時期 _____ 機関 _____ 病名 _____	ある ・ ない
男性の方		
11	前立腺肥大がありますか、あるいは尿を出しにくい感じ、切れが悪い感じ、排尿後、尿が残った感じはありますか	ある ・ ない
女性の方		
12	現在妊娠していますか、あるいはその可能性がありますか	ある ・ ない
13	婦人科疾患(子宮筋腫、卵巣嚢腫、子宮内膜症、排卵期出血など)はありますかあるいは、帝王切開の既往はありますか	ある ・ ない