

内視鏡検査を受けられる方へ（問診表）

記入日 年 月 日

I D 氏名
生年月日 年 月 日 （ 歳） 性別 男 ・ 女

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 ）