

1. 胃内視鏡検査を受けたことがありますか？ _____ 様

いいえ

はい → (回) 楽だった ・ 少し苦しかった ・ とても苦しかった
 静脈麻酔 (有 ・ 無) 最終検査日 年 月 頃 (当院 ・ 他院)
 ピロリ菌検査歴 (有 ・ 無) 除菌歴 (有 (成功 ・ 失敗) ・ 無)

2. 該当する症状があれば○をつけてください。

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 胸やけや胃のもたれ、吐き気がある | <input type="checkbox"/> 貧血がある |
| <input type="checkbox"/> 食欲がなく、体重が減った | <input type="checkbox"/> 黒い便 (タール便) が出る |
| <input type="checkbox"/> みぞおちのあたりに痛みがある | <input type="checkbox"/> 腹部にしこりがある |
| <input type="checkbox"/> 下痢や便秘がよく起こる | <input type="checkbox"/> 胃が張ったような感じがする |
| <input type="checkbox"/> 血縁者に食道・胃癌になった人がいる | <input type="checkbox"/> 全身がだるい |

3. 内視鏡検査や歯科の麻酔で何か身体的な異常がありましたか？

はい ・ いいえ

4. 今までにかかった病気について○をつけてください。

緑内障 (青そこひ) 前立腺肥大症 (尿が出にくい) 肝炎 (B型、C型)
 不整脈 心筋梗塞 狭心症 脳梗塞 (脳卒中)
 胸・腹部手術 (手術部位) 甲状腺機能亢進症

5. 現在、内服中のお薬はありますか？ はい (当院のみ ・ 他院あり) ・ いいえ

6. 抗凝固薬 (血液サラサラ) は服用してますか？ はい ・ いいえ

7. 鎮静剤 (静脈麻酔) を希望しますか？ はい ・ いいえ

8. 睡眠剤を内服していますか？ 飲まない とまどき飲む 毎日飲む

9. 飲酒をされますか？ 飲まない とまどき飲む 毎日飲む

1. 大腸カメラを以前受けたことがありますか？

いいえ

はい → (回) 楽だった ・ 少し痛かった ・ とても痛かった

腸の洗浄液を飲んで具合が悪くなった ・ 検査の後に気分が悪くなった

静脈麻酔 (有 ・ 無) 最終検査日 年 月 頃 (当院 ・ 他院)

2. 該当する症状があれば○をつけてください。

 腹痛がある お腹が張っていて、便やガスがでにくい 貧血がある 便秘が続く 食欲がなく、体重が減った 血便が出た 嘔吐がある 急に便が細くなった 親近者に大腸がんになった人がいる 全身がだるい

3. 今までにかかった病気について○をつけてください。

緑内障 (青そこひ)

前立腺肥大症 (尿が出にくい)

肝炎 (B型、C型)

不整脈

心筋梗塞

狭心症

脳梗塞 (脳卒中)

腹部手術 (手術部位)

4. 現在、内服中のお薬はありますか？

はい (当院のみ ・ 他院あり) ・ いいえ

5. 抗凝固薬 (血液サラサラ) は服用していますか？

はい ・ いいえ

6. 鎮静剤 (静脈麻酔) を希望しますか？

はい ・ いいえ

7. 眠剤内服していますか？

飲まない

ときどき飲む

毎日飲む

8. 飲酒をされますか？

飲まない

ときどき飲む

毎日飲む

問診表

平成 年 月 日

ふりがな		性別	男・女
お名前		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
住所	〒 -		
電話番号	自宅 () - 携帯電話 - -	平熱	℃

■いつからどのような症状がありますか？具体的にご記入ください。

[]

★内服手帳の提出をお願いします。

■他の病院での治療・内服薬はありますか？

いいえ はい

病名[]

内服薬[]

■手術歴・治療歴はありますか？

いいえ はい ※具体的をお願いします

[]

■薬、食べ物のアレルギーなどで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい ※具体的をお願いします

[]

■本日は朝食を食べてきましたか？

食べてきた 食べてきていない

■女性の方のみお尋ねします。

◎現在、**妊娠中**ですか？

いいえ はい

◎現在、**授乳中**ですか？

いいえ はい