

胃内視鏡(胃カメラ)検査のための問診票

記載日： 年 月 日 ()

フリガナ 氏 名	(男 ・ 女)	生年月日 年 月 日	年齢 歳
-------------	-----------	---------------	---------

以下の質問で当てはまる項目にレ印または、○で囲んでください。

- 現在、以下で当てはまる病気はありますか？
あり (糖尿病・高血圧・心臓の病気・脳の病気・呼吸器の病気・緑内障・前立腺肥大症)
なし その他 ()
心臓にペースメーカーをいれていますか？ (はい ・ いいえ)
体内に金属がはいっていますか？ (はい ・ いいえ)
- 血をサラサラにする薬(血が止まりにくい薬)を飲まれていますか？ (はい ・ いいえ)
現在服用中の薬はありますか？ (はい ・ いいえ)
- 薬のアレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)
- 飲酒はされますか？ (はい ・ いいえ)
お酒を飲んで顔が紅くなりますか？ (はい ・ いいえ)
飲酒量は週にどのくらいですか？ (週 日)
- 今までに、胃カメラ(胃内視鏡)検査を受けたことはありますか？
はい(前回検査日： 年 月 日) いいえ(初めて)
- ヘリコバクター・ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？
はい(検査日： 年 月 日)
ピロリ菌はいた(陽性)が、治療(除菌)をしていない
ピロリ菌はいた(陽性)が、治療(除菌)をして成功した(治療回数 1回 2回)
ピロリ菌はいた(陽性)が、治療(除菌)に失敗した(治療回数 1回 2回)
ピロリ菌はいなかった(陰性)
いいえ
その他() ※詳細不明、除菌判定前 など
- (女性の方のみ)現在妊娠中または、妊娠している可能性はありますか？ 現在授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)
- その他気になることがありましたら、お書き下さい。

--

ご協力ありがとうございました。