

消化管内視鏡検査を受けられる方への問診票

安全に検査を受けていただくために、以下の質問にご協力ください

年 月 日

内科 外科 小児科

ID

氏名

該当する項目に☑をつけてお答えください。

1. 今までに内視鏡検査を受けたことがありますか。	☐ 胃カメラ ☐ 大腸カメラ ☐ いいえ
2. 薬や麻酔（手術、歯の治療）でアレルギーがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
3. 抗血小板薬（血の流れを良くする薬）・抗凝固剤（血がさらさらになる薬）を飲まれていますか。 ※飲まれている方は、お薬名をご記入ください。	☐ はい 薬の名前（ ） ☐ いいえ
4. ペースメーカーや人工関節（膝、股関節）、金属のプレートが体内に入っていますか。	☐ はい ☐ いいえ
5. 下記の病気がありますか。 ☐ 心臓病（心筋梗塞・狭心症・心不全など） ☐ 不整脈（頻脈性不整脈） ☐ 糖尿病 ☐ 前立腺肥大 ☐ 緑内障（眼圧が高い） ☐ 肝臓病	経過観察 治療中 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6. お腹の手術を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
※「はい」と答えられた方は、その部位をお答えください。 ☐ 胃 ☐ 胆嚢 ☐ 肝臓 ☐ 腸 ☐ 虫垂 ☐ 痔 ☐ 腸閉塞 ☐ 帝王切開 ☐ 子宮 ☐ その他（ ）	
※胃カメラを受けられる方はお答えください。	
7. グラグラ動く歯がありますか。	☐ はい ☐ いいえ
8. ピロリ菌陽性と診断されたことがありますか。 ※「はい」と答えられた方にお尋ねします。 ピロリ菌の除菌治療をされましたか。	☐ はい ☐ いいえ ☐ はい ☐ いいえ
※ 除菌治療された方にお尋ねします。 治療後の効果判定はどうでしたか。	☐ 成功 ☐ 不成功 ☐ 不明

ご協力ありがとうございました。
ご不明な点ありましたらご相談ください。

広島市立舟入市民病院 内視鏡室