

上部消化管・下部消化管内視鏡検査問診票

氏名： 生年月日： 年 月 日生（ ）歳 性別：男・女

今日の検査目的は何ですか？（ ）
記入日 年 月 日

問診内容の該当項目にチェックを入れてください。

1. 最近（2～3年）のお体の具合について

- ① 心臓が悪いと言われたことがありますか？ ある ない
② 眼科で緑内障と言われたことがありますか？ ある ない
③ 麻酔薬で気分が悪くなったことがありますか？ ある ない
④ アレルギー体質ですか？ はい いいえ
※はいとお答えの方。 何のアレルギーですか？（ ）

2. いままでにかかった病気等について

- ① 肝臓の病気にかかったことがありますか？ ある ない
※あるとお答えの方
 A型肝炎 B型肝炎 C型肝炎 その他（ ）
② 腹部・婦人科の手術を受けたことがありますか？ ある ない
※あるとお答えの方

（ ）

- ③ 抗凝固剤（ワーファリン・バイアスピリン・プラビックスなど）を服用していますか？
 服用していない
 服用している ※服用している場合は薬剤名と最終服用日をご記入ください。
薬剤名（ ）
最終服用日（ ）
④ 男性の方で前立腺肥大といわれたことがありますか？ ある ない
⑤ 女性の方で現在妊娠中、またその可能性がありますか？ ある ない
⑥ シェント又は人工血管手術を受けたことがありますか？ ある ない
⑦ 喫煙されていますか？ はい いいえ
※はいとお答えの方 一日の喫煙本数は？（ ）本/日 喫煙歴は？（ ）年
⑧ 飲酒されますか？ はい いいえ
※はいとお答えの方 飲酒回数は？（ ）回/週 飲酒量は？（ ）ml/日
種類は？ 日本酒 ビール 焼酎 ワイン その他（ ）

3. その他

- ① 切除可能なポリープ・早期癌が発見された場合内視鏡的切除術を希望されますか？
 希望する 希望しない
② ご不明な点、ご質問等ございましたらご記入下さい。

（ ）