

内視鏡検査問診票

下記の質問にお答えください。

①	内視鏡検査は初めてですか？	はい ・ 経験あり
②	希望の検査方法はありますか？	経口 ・ 経鼻 ・ 鎮静剤使用
③	心臓病はありますか？	はい ・ いいえ
	「はい」の方 病名を記入してください	病名
④	抗血栓薬を内服していますか？	はい ・ いいえ
	「はい」の方 薬剤名を記入してください	薬剤名
⑤	糖尿病はありますか？	はい ・ いいえ
⑥	緑内障（眼圧が高いと言われたこと）はありますか？	はい ・ いいえ
⑦	薬のアレルギーはありますか？	はい ・ いいえ
	「はい」の方 薬剤名を記入してください	薬剤名
⑧	歯科の局所麻酔でアレルギー症状や気分が悪くなったことはありますか？	はい ・ いいえ
⑨	（男性のみ）前立腺肥大、もしくは尿が出にくいなどの症状はありますか？	はい ・ いいえ
⑩	胃の病気や手術を受けたことはありますか？	はい ・ いいえ
	「はい」の方 病名を記入してください	病名
⑪	ピロリ菌の検査を受けたことはありますか？	はい ・ いいえ
	「はい」の方 その結果はどうでしたか？	陰性 ・ 陽性 ・ 不明
⑫	ピロリ菌の除菌治療を受けたことはありますか？	はい ・ いいえ
	「はい」の方 除菌は成功しましたか？	成功 ・ 失敗 ・ 不明
⑬	（女性のみ）妊娠中、もしくは授乳中ですか？	はい ・ いいえ

連絡事項