**食道・胃内視鏡検査（胃カメラ）を受けられる方への問診票**

氏名： 　　　 　　　　　 性別　　男　・　女 　　 　　　　 生年月日：昭和・平成　　　　年　　　月　　　日

診察券番号： 電話番号（必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください） Tel：

以下の質問をお読みになって、(はい・いいえ)のどちらかに〇印を、□にチェックを、記入欄にはご記入をお願いします。

■胃腸の具合の悪いところを具体的にご記入ください。

（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 ）

①　今までに内視鏡検査を受けたことがありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

　　その時の結果はいかがでしたか？　　異常なし　　　・　　　異常あり　(　　　　　　　　　　　　　　　　)

②　今までに麻酔・内服薬・注射薬で気分不良・冷汗・意識消失・蕁麻疹などを起こしたことがありますか？

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

　　□麻酔薬　　□造影剤　　□アルコール消毒綿　　□鎮痛剤　　□その他薬品名〔　　　　　　　　　　　　　〕

③　心臓の治療を受けていますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

　　□狭心症　　□心筋梗塞　　□不整脈　　□その他疾患名〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

④　緑内障の診断・治療を受けたことがありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

⑤　(男性の方へ)前立腺肥大の治療を受けていますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

⑥　糖尿症の治療を受けていますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

⑦　呼吸器の病気の治療を受けていますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

　　□喘息　　□気管支炎　　□気管支拡張症　　□結核　　□その他疾患名〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕

⑧　手術を受けたことがありますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

　　□食道　　□胃　　□十二指腸　　□乳房　　□大腸　　□虫垂炎　　□子宮　　□その他〔　　　　　　　　〕

⑨　血が止まりにくくなる薬を飲んでいますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

　　□ワーファリン　□パナルジン　□プラビックス　□バイアスピリン　□エリキュース　□イグザレルト

　　□リクシアナ　□プラザキサ　□その他〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕

⑩　本日は絶食で来院されましたか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

⑪　鼻腔が狭く鼻からの内視鏡検査が不可能な場合、経口からの内視鏡を希望されますか？　　(はい　・　いいえ)

⑫　ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？　　　(はい　・　いいえ)

下記の質問はピロリ菌の検査を受けた方のみ記載してください。

⑬　ピロリ菌の検査は陽性でしたか、陰性でしたか？　（陽性・陰性）　→　　　陽性　の場合　（除菌済・除菌未）

⑭　除菌治療は受けましたか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

⑮　除菌の効果判定検査（呼気試験）は受けましたか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　(はい　・　いいえ)

看護師記入欄

　　　　　　アレルギー　無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　妊娠　　　　無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　服用　　　　無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　生検　　　　　無　　・　　有

　　　　　　既往　　　　無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　色素散布　　　無　　・　　有

　　　　　　最終飲食　　　　　日　　　時頃

　　　　　　備考