

内視鏡問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		年齢	性別				
氏名		歳	男・女	身長	cm	体重	kg

1. 血液をさらさらにする薬(抗血栓薬)を飲んでますか？ 「はい」の方、薬の名前は何ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬剤名()
2. 右に記載している病気と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 特になし
3. お腹の手術を受けたことがありますか？ 「はい」の方、手術内容は何ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 手術内容()
4. 胃カメラや歯医者での麻酔薬でアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5. (女性の方のみ)授乳中や妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6. 検査を楽に行うための鎮静剤を希望されますか？	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> わからない、相談したい

【胃カメラを希望される方は記入してください】

1. なぜ検査を受けようと思いましたか？(複数選択可)	<input type="checkbox"/> バリウムで異常を指摘 <input type="checkbox"/> 症状あり <input type="checkbox"/> ピロリ菌指摘あり <input type="checkbox"/> 精査希望 <input type="checkbox"/> その他()
2. 何か症状はありますか？(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 胸焼け <input type="checkbox"/> ゲップ <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> ムカつき <input type="checkbox"/> つかえ感 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 腹部膨満 <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他()
3 「症状のある」方、いつ頃からですか？	()
4. 胃カメラを受けたことがありますか？ 「はい」の方、前回はいつ頃ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()年前 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 当院
5. ピロリ菌の検査を以前受けたことがありますか？ 「はい」の方、検査や治療の結果はいかがでしたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> ピロリ菌指摘なし <input type="checkbox"/> 除菌成功 <input type="checkbox"/> 除菌失敗 <input type="checkbox"/> 未治療・放置 <input type="checkbox"/> 薬飲んだが効果判定していない

【大腸カメラを希望される方は記入してください】

1. なぜ検査を受けようと思いましたか？(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 便潜血でひっかかった <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 精査希望 <input type="checkbox"/> その他()
2. 大腸カメラを受けたことがありますか？ 「はい」の方、前回はいつ頃ですか？ 大腸ポリープを切除したことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()年前 <input type="checkbox"/> 他院 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 排便状況について質問させていただきます 便の回数はどれくらいですか？ 便の硬さはいかがですか？ 下剤を内服されていますか？	()日に()回 <input type="checkbox"/> 硬め <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ