上部消化管内視鏡検査　問診票

フリガナ
氏名　　様　男・女

生年月日　　年　　月　　日　　歳

記入日　　年　　月　　日

新河端病院　TEL. 075 - 954 - 3136
（電話対応時刻　平日14時～16時）

①今までに、上部消化管内視鏡検査の経験はありますか。

□ ない
□ ある { □ 当院 / □ 他院 } 前回検査されたのはいつですか（　　）
検査の結果はどうでしたか { □ 異常なし / □ その他（　　）

②現在の症状についてお聞きします。

□ ない
□ ある { □ 痛み □ 吐き気 □ 胸やけ □ 食欲不振 □ 体重減少 □ 便が黒い / □ その他（　　）

③ピロリ菌の検査を受けられた事がありますか。

□ ない
□ 不明・忘れた
□ ある → 何歳頃受けられましたか（　　）歳頃
{ □ ピロリ菌はいなかった / □ ピロリ菌がいた { □ 未治療 / □ 治療した { □ 除菌成功 / □ 除菌失敗 / □ その後の結果は知らない }}

④局所麻酔（抜歯や手術の時など）や注射・お薬・メントール（ミント類）で具合を悪くされた事はありますか。

□ ない
□ ある　→ 薬剤名（　　）　症状（　　）

⑤以下の病気を指摘されたことはありますか。

□ ない
□ ある { □ 緑内障 □ 前立腺肥大 □ 糖尿病 □ 心臓病（　　） / □ 逆流性食道炎 □ 胃潰瘍 □ 十二指腸潰瘍

⑥食道・お腹の手術を受けられた事はありますか。

□ ない
□ ある → 何歳頃ですか（　　）歳頃
どのような手術ですか（　　）

⑦血液が止まりにくい作用のあるお薬を飲まれていますか。

□ いいえ
□ はい　→　薬剤名（　　）