胃内視鏡検査 問診票

**フリガナ**

**お名前**　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　昭・平　　　年　　月　　日（　　歳）

♦なぜ検査を受けようと思いましたか？（複数選択可）

 □バリウムで異常を指摘

□症状あり

□ピロリ菌指摘あり

□精査希望

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　 　）

♦何か症状はありますか？（複数選択可）

□胸焼け □ゲップ □胃痛 □胃もたれ □ムカつき □つかえ感 □嘔気・嘔吐

□腹部膨満 □体重減少 □特にない □その他（　　　　　　　　 　 　）

♦ 「症状のある」方は、いつ頃からですか？ （　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　）

♦　胃内視鏡検査を受けたことがありますか？

 いいえ・ はい ➡ どこで受けましたか？ 当院・ 他院　（ 　　）年前に

♦検査の結果指摘された病気・異常はありますか？(例：胃炎 逆流性食道炎 など)

いいえ ・ はい ➡ 具体的に

♦ピロリ菌を採血・検便・胃内視鏡検査などで調べたことがありますか？

 いいえ

 はい ➡ 検査の結果、ピロリ菌がいるといわれましたか？

いない ・ わからない

いる ➡ ピロリ菌の治療をされましたか？

除菌していない ・ わからない

 　除菌した ➡ 除菌は成功しましたか？

 成功した ・ 成功しなかった ・ わからない

♦治療中・内服中の病気はありますか？

いいえ ・ はい ➡ 具体的に （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

♦血液を固まりにくくするお薬を飲んでいますか？

 いいえ ・ はい ➡ お薬の名前 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

♦お薬を休薬していますか？ いいえ ・ はい ➡ 　　　　日前より休薬している

♦麻酔薬による副作用やお薬のアレルギーはありますか？

 いいえ ・ はい➡ お薬の名前 症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

♦女性の方へ。現在妊娠の可能性はありますか。または授乳中ですか？

　　　　いいえ ・ はい

＊ご協力ありがとうございました。　　　　　　　　　　　　　　　　　国立消化器・内視鏡クリニック