



★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

胃内視鏡検査問診票

記載日： 20 年 月 日

患者番号： _____

様

(性別：) (年齢：)

検査を行うための参考といたしますので、下記の質問についてお答えください。
(○で囲んでください)

1. 以前に胃カメラを受けたことがありますか？
無 ・ 有 ・ 覚えていない
2. 食道・胃・十二指腸の手術（処置）を受けたことがありますか？
無 ・ 有 [時期 年前 病名 手術部位]
3. 歯科麻酔薬などで気分が悪くなったり、アレルギーをおこしたことがありますか？
無 ・ 有
4. 次の病気はありますか？ またはかかったことがありますか？
無 ・ 有 [高血圧 ・ 心臓の病気 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大
糖尿病 ・ その他 ()]
5. 血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか？
無 ・ 有 [薬品名 ()]
中止していない ・ 中止している (月 日まで内服)
6. ピロリ菌の検査を受けたことはありますか？
無 ・ 有 [陽性の方：除菌していない・除菌した（成功・不成功）いつ頃
7. ヨードアレルギーと言われたことはありますか？
無 ・ 有
8. 女性の方へ : 現在妊娠またはその可能性がありますか？
無 ・ 有
9. 緊急連絡先
氏名 続柄 電話番号