

この問診票は、内視鏡検査を「ラクに安全・確実に」受けて頂くために、
検査で異常が見つかった場合、組織検査・内視鏡治療を行なう上で必要なものです。
お手数ですが、該当するものにチェックをつけ、必要な箇所にはご記入下さい。
ご不明な点は、スタッフにお尋ね下さい。

	検査日	H	年	月	日
お名前	年齢		歳		

1. 上部消化管内視鏡(胃カメラ)検査の経験は？ (なし ・ あり)
「あり」の方はお答え下さい。 前回の検査はいつごろでしたか？ (検査日 H 年ごろ)
◆その時の検査は (楽だった 我慢できるぐらい 辛かった)
2. 下部消化管内視鏡(大腸ファイバー)検査の経験は？ (なし ・ あり)
「あり」の方はお答え下さい。 前回の検査はいつごろでしたか？ (検査日 H 年ごろ)
◆その時の検査は (楽だった ・ 我慢できるぐらい ・ 辛かった)
◆(女性のみ) 月経痛は (なし ・ あり) 便秘は (なし ・ あり)
◆大腸検査時にその場で治療(ポリープ切除など)する事がありますが、
治療より3日以内に旅行、スポーツ、お酒を飲む予定は？ (なし ・ あり)
3. 抗凝固剤・抗血小板薬(血液をサラサラにするお薬)の服用は？ (なし ・ あり)
「あり」の方は内服しているお薬をご記入して下さい ()
4. 薬剤・造影剤・麻酔剤(キシロカイン)によるアレルギーは？ (なし ・ あり)
「あり」の方はそのお薬をご記入して下さい ()
5. 腹部(含む婦人科)の手術を受けたことはありますか？ (なし ・ あり)
「あり」の方はその内容をご記入して下さい (例 12才:虫垂炎 35才:帝王切開)
(才:) (才:)
6. 以下の病気はありませんか？
◆心臓病 (なし ・ あり) ◆高血圧 (なし ・ あり)
◆狭心症 (なし ・ あり) ◆不整脈 (なし ・ あり)
◆緑内障(眼圧が高い) (なし ・ あり) ◆糖尿病 (なし ・ あり)
◆前立腺肥大 (なし ・ あり) ◆甲状腺の病気 (なし ・ あり)
7. 女性の方のみご記入ください。
授乳中、または妊娠の可能性はありますか？ (なし ・ あり)
8. 薬に行くための薬(鎮静剤)のご希望はありますか？
(十分に使ってほしい ・ 軽めに使ってほしい ・ 使わないで欲しい)
9. 【胃カメラの方のみ】 必要があれば、ピロリ菌の検査を希望されますか？ (はい ・ いいえ)
10. 検査にあたり、不安なこと・ご質問・ご要望がありましたら、ご記入ください。

ご記入ありがとうございました。

谷崎MAクリニック 谷崎俊哉

スタッフ記入 GF H 年 月 CF H 年 月