

胃内視鏡検査 問診シート

記載日： 年 月 日

ご氏名： _____ 様 ご年齢： _____ 歳

男・女

Q1. かかりつけ医さまからのご紹介ですか？

はい いいえ

かかりつけ医さまの名称： _____

Q2. 胃内視鏡検査を受けたことがありますか？

はい 初めて

Q3. 当てはまる症状、目的を教えてください

胸やけ・詰まる感じ 胃痛 腹部膨満感 胃がん健診（豊中市）

定期健診（自覚症状なし） 食欲不振 ピロリが気になる その他 _____

Q4. 薬のアレルギーについて

以前に内視鏡検査や歯の治療の麻酔（キシロカイン）で具合が悪くなったことが

ない ある

他の薬のアレルギーはありますか？ 薬剤名： _____

Q5. 血をサラサラにする薬を内服されていますか？（かならず申し出てください。）

いいえ はい （わかる範囲でご記入ください）

当クリニック記入欄)

薬品名：

確認者： _____

抗血栓薬の休薬により血栓塞栓症（脳梗塞、心筋梗塞など）の発症が高くなるため、

当院では内視鏡学会ガイドラインに準じ可能な限り抗血栓を継続しながら内視鏡検査・治療を行います。

休薬の可否は診察にて決定いたしますので、ご自身の判断で休薬しないように気を付けてください。

Q6. 現在、以下に当てはまる項目はありますか？

なし

糖尿病 高血圧 貧血 狭心症 心筋梗塞 透析 脳卒中による麻痺

緑内障

心臓ペースメーカーが入っている 前立腺肥大（男性のみ）

妊娠あるいはその可能性（女性のみ）

Q7. ピロリ菌について調べたことはありますか？

はい（検査日： 年、 不詳）

ピロリ菌がいた（陽性）： まだ除菌していない 治療し成功 治療し不成功

ピロリ菌はいなかった。（陽性）

いいえ、調べたことがありません。

