内視鏡検査問診用紙

上部内視鏡（　　月　　日　　曜日）

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　下部内視鏡（　　月　　日　　曜日）

あてはまる項目に〇をつけ、必要事項を記入して下さい。

1. 1 週間以内に発熱・風邪のような症状はありましたか？　　ない　ある

2. 1 か月以内にご自身・ご家族が新型コロナウイルス陽性になったことは
ありますか？
ない　　ある（状況：　　）

3. 次の病気をしたことがありますか？
ない　ある…　不整脈、 狭心症、 心筋梗塞 （ペースメーカー　有　無）
緑内障、 前立腺肥大症、 糖尿病、 褐色細胞腫、 気管支喘息
その他（　　）

4. 手術をしたことがありますか？
ない　ある・・・胃、大腸、泌尿器、婦人科、その他（　　）

5. お薬で気分が悪くなったり、特異体質といわれたことがありますか？
ない　　ある・・・キシロカイン（歯医者の麻酔など） アルコール綿、 アレルギー
蕁麻疹がでやすい　その他（　　）

6. 内視鏡検査は初めてですか？
胃カメラ・・・・・・ 初めて　　2 回目　　3 回目　　4 回目以上
大腸カメラ・・・・・初めて　　2 回目　　3 回目　　4 回目以上
初めてではない方で、前回は大変だったか教えて下さい。
（　　）

7. 胃カメラを受けられる方へ
7-1. 入れ歯はありますか？　　ある　　ない
抜けそうな歯はありますか？　　ある　　ない

7-2. ピロリ菌のことを伺います
1）ピロリ菌を調べてもらったことがありますか？
ある・・・・・ ピロリ菌がいた、　　ピロリ菌はいなかった
ない、 あるいはわからない

2） 1）である、と答えた方に伺います。除菌療法をしましたか？
受けた ・・・ 成功した、　成功しなかった、 わからない
受けていない