内視鏡検査を受けられる方へ（問診票）

記入日　２０　　年　　月　　日

ＩＤ　　フリガナ 氏名　　生年月日　　年　　月　　日　（　　歳）

１．現在、どのような症状がありますか？　（　　）

２．内視鏡検査を受けたことがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

「はい」と答えた方、その時の結果はどのように説明されましたか？（　　）

「はい」と答えた方、いつ頃検査をうけられましたか？　（　　）

３．今までにピロリ菌の検査を受けたことがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

「はい」と答えた方、その結果はいかがでしたか？　（　陽性　・　陰性　）

「陽性」だった方、除菌の治療は受けられましたか？

（　受けた　・　受けていない　・　除菌できなかった　）

４．以下の病気と言われたことがありますか？

高血圧　・　狭心症　・　心不全　・　心筋梗塞　・　不整脈　・　糖尿病　・　甲状腺疾患

喘息　・　腎不全　・　前立腺肥大　・　緑内障　・　アレルギー性鼻炎　・　副鼻腔炎

鼻茸　・　鼻中隔湾曲症　・その他（　　）

５．現在、服用している薬がありますか？　（　はい　・　いいえ　）

６．血液が固まらないようにする薬を服用していますか？　（　はい　・　いいえ　）

薬剤名（　　）

７．内服薬や注射で副作用が出たことがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

薬剤名（　　）

８．歯科治療で局所麻酔を行ったときに気分が悪くなったり、蕁麻疹が出たりしたことがありますか？

（　はい　・　いいえ　）

９．腹部の手術を受けたことがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

病名（　　）

１０．　左右の鼻腔で通りにくいほうがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

１１．　血が止まりにくい体質と言われたことがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

１２．　女性の方にお聞きします。現在妊娠している可能性がありますか？　（　はい　・　いいえ　）

医療法人社団　銀杏会　広島ハートクリニック安佐南