

# 内視鏡検査 問診票

いりたに内科クリニック

この問診票は内視鏡検査を安全に受けて頂くために必要なものです。

お手数ですが、該当するものにチェックをつけ、必要な箇所にご記入お願い致します。

ふりがな お名前	様	年齢	歳	ご職業
		性別	男・女	体重
〒		電話番号		
住所		緊急連絡先	続柄( )	

## 1. 検査目的、現在のご症状にあてはまる項目に○をつけてください。

- 健康診断(症状なし) 健診の二次検査(バリウム検査や便潜血検査で異常あり) 定期検査  
症状あり(咽頭違和感 胸やけ 腹痛 嘔気 便秘異常(便秘・下痢) 血便 痔)  
その他( )

## 2. 内視鏡検査の経験について。

- 胃内視鏡検査 初めて 検査を受けたことがある(診断: )  
大腸内視鏡検査 初めて 検査を受けたことがある(診断: )

## 3. 薬剤・麻酔剤によるアレルギーはありますか？ 歯科治療の麻酔でアレルギーが出ましたか？

- なし あり(薬剤名: )

## 4. 以下の病気をされたことがありますか？あてはまるものにチェックしてください。

- 狭心症 高血圧 不整脈 糖尿病 前立腺肥大症 緑内障 甲状腺疾患  
その他( )

## 5. 抗凝固剤・抗血小板剤(血液をサラサラにするお薬)の服用はありますか？

- なし あり(薬剤名: )

## 6. 腹部や婦人科の手術を受けたことはありますか？

- なし あり(手術名: )

## 7. 検査を楽に行うための鎮静剤のご希望はありますか？

- なし 軽めに使ってほしい 十分に使ってほしい

## 8. <女性の方へ> 現在、妊娠している可能性はありますか？ 現在、授乳されていますか？

- 妊娠していない 妊娠している可能性がある 授乳中

※妊娠の可能性のある方は検査を受けられない場合がありますので、必ずお申し出ください。

## 9. <胃内視鏡を受ける方へ> ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？

- 検査受けたことなし⇒( 検査希望なし ピロリ菌の検査希望あり)

- 検査受けたことあり⇒( 陰性 陽性だが未除菌 陽性で除菌済 )

何かご質問があればご記入ください

( )

ご記入ありがとうございました。

いりたに内科クリニック