



ダウンロードできます

# 上部内視鏡検査問診票

令和 年 月 日

患者氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R	年 月 日 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 男性
ID				<input type="checkbox"/> 女性

該当する項目に  をつけてお答えください

今までにこの内視鏡検査を受けられたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい」と答えられた方へ これまでに何回受けられましたか	( 回)	
心臓の病気をされたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい」と答えられた方へ 病名は何ですか	<input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
ペースメーカーまたは除細動器の埋め込みをされていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
糖尿病はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
高血圧はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
緑内障・眼圧が高いと言われたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
男性の方にお聞きします 前立腺肥大や尿の出にくい症状はありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
女性の方にお聞きします 現在妊娠中もしくは授乳中ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
薬のアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい」と答えられた方へ その薬は何ですか	<input type="checkbox"/> キシロカイン <input type="checkbox"/> ヨード <input type="checkbox"/> ブスコパン <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> その他 ( )	
血液をさらさらにする薬（抗凝固剤・抗血小板薬）を飲まれていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい」と答えられた方へ その薬は何ですか	<input type="checkbox"/> ワーファリン <input type="checkbox"/> バイアスピリン <input type="checkbox"/> パナルジン <input type="checkbox"/> プラビックス（クロピドグレル） <input type="checkbox"/> エパデール <input type="checkbox"/> プレタール（シロスタゾールOD） <input type="checkbox"/> タケルダ <input type="checkbox"/> コンプラビン <input type="checkbox"/> エフィエント <input type="checkbox"/> プラザキサ <input type="checkbox"/> リクシアナ <input type="checkbox"/> イグザレルト <input type="checkbox"/> エリキュース <input type="checkbox"/> その他 ( )	
検査のために上記内服薬を中止されていますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい」と答えられた方へ いつから中止されていますか	( 月 日)	
ヘリコバクターピロリ菌の検査を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
「はい」と答えられた方へ	検査日 / 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> ピロリ菌はいた（陽性）が、治療（除菌）していない <input type="checkbox"/> ピロリ菌はいた（陽性）が、治療（除菌）して成功した <input type="checkbox"/> ピロリ菌はいて（陽性）、治療（除菌）をしたが失敗した <input type="checkbox"/> ピロリ菌はいなかった <input type="checkbox"/> その他 ※詳細不明、除菌判定前など ( )	
現在の体重を記入して下さい	( kg)	
取り外しのできる義歯や、ぐらつく歯はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
今回の検査について、不安なことやご質問がありましたら記載ください		