



# 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"/> 大正	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男性
ID		<input type="checkbox"/> 昭和				
		<input type="checkbox"/> 平成				
		<input type="checkbox"/> 令和				

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"/> コンブラビン <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		