

上部消化管内視鏡検査問診票

ご記入後、検査当日ご持参ください

※ お名前をお書きください。 → _____

※ 以下、お尋ねします。

1 内視鏡検査は（ 初めて受ける ・ 過去に受けたことがある ）

※ いずれかを囲んでください。

2 下記の項目に該当する方は、（ ）内に○印をしてください。

⑦については、いずれかを囲んでください。

①（ ）緑内障といわれたことがある。

②（ ）心臓が悪い。（心筋梗塞、狭心症、不整脈など）

③（ ）尿が出にくい。（前立腺肥大など）

④（ ）糖尿病といわれている。

⑤（ ）抗凝固剤（血液を固まりにくくする薬）を飲んでいる。

⑥（ ）喘息、アレルギー体質、薬剤アレルギーである。

⑦ 高血圧の方は、本日の降圧剤の服用を（ した ・ していない ）

⑧（ ）義歯がある。

⑨（ ）上記のいずれにも該当しない。

※ 以下、いずれかを囲んでください。

3 胃潰瘍、十二指腸かいようといわれたことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

4 ヘリコバクター・ピロリ(ピロリ菌)がいるといわれたことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

5 ピロリ菌の除菌療法を受けたことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

※ その他、気になることなどがあればお書きください。