受付日　　年　　月　　日

【胃・大腸内視鏡問診票】

※医療機関より事前に当院にファックスをお願いします。

□感染症採血検査の実施　要・不要　←　どちらかに○をして下さい。

□経鼻・経口　←　胃の内視鏡検査の場合、どちらかに○をして下さい。

□予約日：　　　年　　月　　日

□お名前：　　　　　　　　　　　　　　　（　　才）　　（男・女）

1. 今までに内視鏡検査（胃・大腸）を受けたことがありますか　（胃　　回，大腸　　回）
2. 今までに麻酔の薬（歯の治療や局所麻酔での治療、胃カメラの

時）で具合が悪くなったことがありますか　………………………　はい　　　いいえ

1. 薬のアレルギーや喘息、じんま疹が出やすいなどのアレルギー体質はありますか… はい　　　いいえ
2. 甲状腺の病気といわれたことがありますか　………………………　はい　　　いいえ
3. 眼圧が高いまたは緑内障といわれたことがありますか……………　はい　　　いいえ
4. 男性の方のみへの質問です。尿が出にくい、または前立腺肥大

といわれたことがありますか　………………………………………　はい　　　いいえ

1. 糖尿病がありますか　…………………………………………………　はい　　　いいえ
2. 血圧が高いといわれたことがありますか　…………………………　はい　　　いいえ

血圧の薬を飲んでいますか　…………………………………………　はい　　　いいえ

1. 心臓の病気（心筋梗塞・狭心症等）といわれたことがありますか　……　はい　　　いいえ
2. 肝臓の病気（肝炎・肝硬変等）といわれたことがありますか　…　はい　　　いいえ
3. 血液を固まりにくくする薬（抗血栓薬）、

血行をよくする薬を飲んでいますか　………　はい　　　いいえ

**「はい」**と答えた方は飲んでいる薬名

　　　　　　　　　　　　　　休薬日　あり・なし　←　どちらかに○を付けて下さい。

　　　　　　　　　　　　　　休薬期間　　　／　　　　から　　　　／

1. 傷の血が止まりにくいことや鼻血が出やすいことがありますか　…はい　　　いいえ
2. 今までに手術したことがありますか。該当するものに○をつけてください

胃潰瘍　十二指腸潰瘍　盲腸（虫垂炎）　胆石　子宮筋腫

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 胃内視鏡を受けられる方にお伺いいたします

ピロリ菌の検査を受けられたことがありますか………………………はい　　　いいえ

“はい”と答えられた方　検査の結果は陽性・陰性どちらですか…陽性　　　陰性

“陽性”と答えられた方

ピロリ菌の除菌はされていますか　　　除菌済　・　未除菌　（○をつけてください）

蕨市立病院　連携室行き　FAX : 048-431-6002