胃カメラ 問診票

記入日： 年 月 日　　患者氏名：

以下の質問事項は、検査を安全に行うための必要な項目です。必ずご記入ください。

下の欄であてはまるものを○で囲み、（ ）に必要事項を記入してください。

これまでに胃カメラを受けたことがありますか	いいえ はい　1年前　2年前　約（　）年前
局所麻酔のために気分が悪くなったことがありますか	いいえ はい ・ 不明
今までのかかったことのある病気について右欄に該当するものはありますか	いいえ 胃がん 食道がん 咽頭がん 喉頭がん 大腸がん その他のがん（　　） 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 高血圧 糖尿病 狭心症 心筋梗塞 心房細動 緑内障 前立腺肥大症
ピロリ菌検査をうけたことがありますか	はい（検査時期：　　年　月） → 検査結果：感染なし ・ 感染あり
	いいえ
（ピロリ菌感染陽性だった方**のみ**への質問） 除菌できたかどうかの検査を受けましたか	はい（検査時期：　　年　月） いいえ
（ピロリ菌除菌治療を受けた方**のみ**への質問） ピロリ菌は除菌成功していますか	成功 不成功 ・ 不明
（最近、胃酸を抑える薬を内服された方**のみ**への質問） 4週間以上服薬していない	はい ・ いいえ
（最近、抗菌薬を内服された方**のみ**への質問） 4週間以上服薬していない	はい ・ いいえ
血液をサラサラにする薬（バイアスピリン等）を飲んでいますか	はい ・ いいえ
胃内視鏡検査施行時に、医師が必要と判断した場合、病理組織検査やピロリ菌検査を勧める場合があります。	病理組織検査（食道または胃粘膜を採取） 受けます ・ 受けません
	ピロリ菌検査（胃粘膜を採取） 受けます ・ 受けません