

土屋外科内科医院 内視鏡問診表

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	生年月日
		大正 昭和 平成 令和 年 月 日
住所	〒 ※郵便番号の記載もお願いします	自宅 携帯 緊急連絡先 (続柄)

下記の質問にわかる範囲でおかきください。

- どちらの検査を希望ですか？ ・胃カメラ ・大腸カメラ ・両方
- 胃カメラは初めてですか？
・はい ・いいえ (今回で____回目 最近の検査 ____年前 医療機関____)
- 大腸カメラは初めてですか？
・はい ・いいえ (今回で____回目 最近の検査 ____年前 医療機関____)
- ピロリ菌の検査をしたことはありますか？ ・はい ・いいえ
はいの方： 検査結果について ・陰性だった ・陽性だった
陽性の方： ・除菌した ・除菌はしていない ・わからない
- 排便回数はいくつですか？
・毎日 (1日に____回)
・____日に1回 下剤使用の有無 (無 ・ 有 薬名：____)
- お腹の手術を受けたことがありますか？ (盲腸・帝王切開 等)
・いいえ ・はい 手術名：____ 時期：____才 医療機関____)
- 下記の病気と言われたことがあれば○をつけてください。
・心臓病 ・喘息 ・緑内障 (開放・閉塞) ・前立腺肥大
- 現在治療中の病気がありますか？
・なし ・あり _____ (医療機関____)
- 現在飲まれているお薬はありますか？ (お薬手帳持参の方は記入不要です)
・なし ・あり _____
- お薬や麻酔、食べ物で体にあわなかったもの (アレルギー体質) はありますか？
・なし ・あり _____
- タバコ
・吸わない ・過去に吸っていた ・現在も吸っている： 本/ 日 (~ 歳)
- お酒
・飲まない ・飲む 毎日 週 () 回 付き合い程度
- 職業 ()
- 心配な事や質問事項がありましたらご記入ください

※ お薬手帳お持ちの方は来院時に持参をお願いします