**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？**

　　　　　　　・毎日　（１日に　　　回）

・　　　　日に１回　　下剤使用の有無（　無　・　有　薬名：　　　　　　　　　）

■**お腹の手術をう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