

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	〒	緊急連絡先 名前： (続柄) 自宅： 携帯番号：
本人電話番号	自宅： 携帯：	※必ず記入お願いします

■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____)

■どちらの検査を希望ですか？

・胃カメラ ・大腸カメラ ・両方

■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

■今までにかかったことのある病気 (既往歴)

・なし ・あり _____

■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
