

検査問診票① 胃 ・ 大腸

記入日：

診察券ID 氏名 性別 生年月日 (歳)

(過去に検診で指摘を受けたこと・いつからどこでどのように治療を受けたか・手術の内容など)

○ 心臓の病気、高血圧症 (ある・ない) ・病名

○ 脳の病気 (ある・ない) ・病名

○ 呼吸器の病気 (ある・ない) ・病名

上記以外にかかっている病気はありますか？ (ある・ない)

- ・緑内障 ・前立腺肥大症 ・甲状腺亢進症 ・糖尿病
・婦人科疾患(子宮筋腫、子宮後屈、卵巣嚢腫) ・その他()

2 現在、服用中の薬をすべてご記入ください(市販薬・サプリメントを含む) (ある・ない)

4薬のアレルギーについて

・歯の麻酔で気分が悪くなったことはありますか？ (はい・いいえ)

・その他に薬のアレルギーはありますか？ (はい・いいえ)

薬剤名： その時の症状：

5タバコは吸われますか？ (はい・いいえ)

過去： 年前まで 年間 本/日 現在： 年間 本/日

7飲酒されますか？(飲む・飲まない) 飲酒時顔が赤く(なる・ならない)

過去： 年前まで 回/週 杯くらい、現在： 回/週 杯くらい

8女性の方へ 妊娠または授乳中ですか？ (いいえ・妊娠中・授乳中)

胃カメラを受けられる方

1 今までに胃カメラを受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

最後の検査は、 年頃 病院/クリニック

2 ピロリ菌の検査をされたことはありますか？ (はい・いいえ・今回検査希望)

はいの場合→結果 : 陽性だった → 除菌: 年・除菌していない
: 陰性だった

3 今までに胃や食道の病気をされたことはありますか？ (はい・いいえ)

()

4 血縁関係の方で、胃がん、ピロリ菌感染症の方はいますか？ (はい・いいえ)

病名： 続柄：

5 総入れ歯・部分入れ歯・ぐらつく歯はありますか？ (はい・いいえ)

大腸カメラを受けられる方

1 今までに大腸カメラを受けたことはありますか？ (はい・いいえ)

最後の検査は、 年頃 病院/クリニック

2 今までに大腸の病気をされたことがありますか？ (はい・いいえ)

()

3 血縁関係の方で、大腸がん、大腸ポリープの病気の方はいますか？ (はい・いいえ)

病名： 続柄：

4 今までにおなかの手術をされたことはありますか？ (はい・いいえ)

()

5 お通じは何回ありますか？ 1日に 回、 1回/ 日 形状：

便秘薬：薬剤名 を毎日・時々使用

