

ID () 氏名 ()

消化器問診票

安全に検査を受けていただくために、下記の質問にお答えください。

1. 下記の病気にかかったことがありますか。

- 前立腺肥大
- 緑内障または眼圧亢進
- 脳梗塞、脳出血
- 糖尿病
- 高血圧
- 血液疾患
- 心臓病

2. 現在、内服中の薬はありますか。

- 抗凝固剤、抗血小板剤
(バファリン、バイアスピリン、パナルジン、ワーファリン、プラビックス)
- 降圧剤 (血圧の薬)
- インスリン、糖尿病薬
- その他 ()

3. 薬や食物でアレルギーはありますか？

- ない
- ある ()

4. 胃内視鏡検査の経験はありますか？

- ない
- ある (経口 ・ 経鼻)
- 経口希望
- 経鼻希望

5. ヘリコバクターピロリ菌の検査をされたことがありますか？

- ない
- ある

6. ヘリコバクターピロリ菌の治療をされたことがありますか？

- ない
- ある

7. 大腸内視鏡検査の経験はありますか？

- ない
- ある

8. 腹部の手術歴はありますか？

- ない
- ある