

## 内視鏡検査問診票（上部・上下部用）

検査を行う上での参考としますので、以下の問診にご記入ください。

（問診）

1. 鎮静剤を希望しますか？：はい・いいえ
2. 癌や特殊な病変を疑った場合、生検を希望しますか？：はい・いいえ
3. ピロリ菌検査を受けたことはありますか？：はい・いいえ・分からない
4. 3で「はい」と答えた方にお尋ねします。その時の結果はどうでしたか？：  
陰性 陽性で除菌成功した 陽性で除菌していない 除菌はしたが判定していない
5. 必要があればピロリ菌感染の検査を希望しますか？：はい・いいえ
6. アレルギーはありますか？（特に麻酔薬、卵、大豆）：はい・いいえ
7. 前立腺肥大症はありますか？：はい・いいえ
8. 緑内障はありますか？：はい・いいえ
9. 糖尿病はありますか？：はい・いいえ
10. 血液サラサラの薬（抗凝固薬・抗血小板薬）を飲んでいますか？：はい・いいえ
11. 喘息はありますか？：はい・いいえ
12. 心臓病や肺の病気はありますか？：はい・いいえ
13. お腹の手術を受けたことがありますか？：はい・いいえ

～ご協力ありがとうございました～

年 月 日

お名前： \_\_\_\_\_