

# 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)問診票

患者氏名: \_\_\_\_\_

## 1. 今回の検査目的(複数可)

- ☐ 症状がある( )  
☐ 健康診断異常 ☐ 経過観察 ☐ その他( )

## 2. 現在の症状(複数可)

- ☐ なし ☐ 胃痛 ☐ 胸やけ ☐ 吐き気 ☐ のどのつかえ感 ☐ 黒色便 ☐ 貧血 ☐ 体重減少  
☐ その他( )

## 3. 胃カメラを受けたことがありますか

- ☐ なし ☐ あり( 年前・医療機関: )

## 4. 胃カメラで具合が悪くなったことがありますか

- ☐ なし  
☐ あり( )

## 5. 薬剤アレルギーがありますか

- ☐ なし  
☐ あり( )

## 6. 現在治療中の病気がありますか(複数可)

- ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 脳卒中 ☐ 呼吸器疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 腎疾患  
☐ その他( )

## 7. 血液をさらさらにする薬を服用していますか

- ☐ なし ☐ あり(薬剤名: )

## 8. 糖尿病の薬(内服・インスリン)を使用していますか

- ☐ なし  
☐ あり( )

## 9. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか

- ☐ なし ☐ あり ☐ 該当なし

## 10. 義歯(入れ歯)はありますか

- ☐ なし ☐ あり(☐ 総義歯 ☐ 部分義歯)

## 11. ピロリ菌について当てはまるものを選んでください

- ☐ 検査を受けたことがない  
☐ 陽性と言われたことがある(☐ 除菌済 ☐ 未除菌 ☐ 不明)  
☐ 陰性と言われたことがある  
☐ わからない

## 12. 鎮静(眠る薬)の使用を希望されますか

- ☐ 希望する  
☐ 希望しない

記入日: 年 月 日