

胃内視鏡検査問診票

渋谷胃腸クリニック

ID :

ふりがな 氏名		検査日	年 月 日
検査を受ける理由は なんですか	<input type="checkbox"/> 定期健診 <input type="checkbox"/> 精密検査 <input type="checkbox"/> その他 ()		
気になる症状は ありますか?	<input type="checkbox"/> ある (症状:) <input type="checkbox"/> ない		
過去に次の検査を 受けたことが ありますか	<input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 (年頃) <input type="checkbox"/> 胃バリウム検査 (年頃) <input type="checkbox"/> ない		
前回の検査で異常が ありましたか	<input type="checkbox"/> あった 詳細: <input type="checkbox"/> なかった		
経鼻・経口どちらを 希望されますか	<input type="checkbox"/> 経鼻内視鏡検査 <input type="checkbox"/> 経口内視鏡検査 <input type="checkbox"/> どちらでもよい <small>※経鼻を希望されても困難な場合は経口になることがありますのでご了承ください。</small>		
ピロリ菌の検査を したことはありますか	<input type="checkbox"/> ある (年頃) (結果: <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性) <input type="checkbox"/> ない (方法: <input type="checkbox"/> 呼気 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 内視鏡 <input type="checkbox"/> 検便 <input type="checkbox"/> 不明)		
ピロリ菌の除菌治療を したことはありますか	<input type="checkbox"/> ある (年頃) (治療結果: <input type="checkbox"/> 成功 <input type="checkbox"/> 失敗 <input type="checkbox"/> 不明) <input type="checkbox"/> ない		
次の病気をされたことは ありますか	<input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大		
手術を受けたことが ありますか	<input type="checkbox"/> ある (病名:) <input type="checkbox"/> ない		
ご家族で癌にかかった方 はいますか	<input type="checkbox"/> いる (誰:) (部位:) <input type="checkbox"/> いない		
薬のアレルギーは ありますか	<input type="checkbox"/> ある (薬剤名:) <input type="checkbox"/> ない		
血液をサラサラにする 薬を飲んでますか	<input type="checkbox"/> はい (薬品名:) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 休薬している (日前から) <input type="checkbox"/> 休薬していない		
身長・体重を ご記入ください	身長: cm 体重: kg		
喫煙歴はありますか	<input type="checkbox"/> ある (喫煙歴 年) (本数: 本/日) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 禁煙 (歳頃)		
飲酒量をご記入ください	<input type="checkbox"/> 飲む (頻度: 日/週) (量: 合) <input type="checkbox"/> 飲まない		
本日車などを運転をして 来院しましたか	<input type="checkbox"/> はい (手段:) <input type="checkbox"/> いいえ		
質問等があれば ご記入ください			