

上部内視鏡検査（胃カメラ）問診票

氏名：	生年月日：大正 昭和 平成 令和 年 月 日
喫煙の有無：	なし / あり（ 本/日 年間） / 以前吸っていた
飲酒歴：	飲まない / 時々飲む / ほぼ毎日飲む（ ml 程度）
現在治療中の疾患：	
現在服用中のお薬：	

カメラ検査を受けられる方は、以下の質問にお答えください。

1 今までに、胃カメラの検査を受けたことがありますか

- ☐ はい 【 受診したクリニック： ラッフルズ / その他医療機関 】
 【 直近で胃カメラを受けた時期： 年 月頃 （経鼻・経口） 】
 【 結果： 異常なし / 異常あり（ ） 】
- ☐ いいえ
- ☐ バリウム検査だけ受けたことがある 【結果： 異常なし / その他（ ）】

2 現在気になる消化器症状はありますか

- ☐ 胸やけ ☐ 胃痛 ☐ 胃もたれ ☐ 胃が重い ☐ 吐き気 ☐ お腹が張る ☐ 急激な体重減少
☐ その他 胃の症状（ ）
☐ なし

3 今までピロリ菌検査を受けた事がありますか

- ☐ はい ☐ いいえ
- ★ はいの方にお聞きします
- ☐ 陽性 ☐ 陰性
- ↳ 除菌治療を受けた（ 年頃）
- ★ 除菌は成功しましたか
- ☐ はい ☐ いいえ ☐ 不明

4 今までに、胃の手術を受けたことがありますか

- ☐ はい 【 いつ頃： 年頃 / どんな手術： 】
- ☐ いいえ

5 以下の疾患の診断を受けたことがありますか

- ☐ 心臓疾患 ☐ 高血圧 ☐ 緑内障 ☐ 喘息
☐ 前立腺肥大 ☐ 糖尿病 ☐ なし

6 抗凝固剤（血をさらさらにするお薬）を内服していますか

- ☐ 1 剤内服中 ☐ 2 剤以上内服中 ☐ いいえ

7 薬剤のアレルギーはありますか

- ☐ はい（ 薬剤名： ） ☐ いいえ

8 過去に麻酔薬（歯医者で使用する麻酔等）で気分不良やアレルギーが出たことはありますか

- ☐ はい ☐ いいえ

9 入れ歯、ぐらつきのある歯、歯列矯正などがありますか

- ☐ はい：入れ歯・歯列矯正・ぐらつく歯（部位： ） ☐ いいえ

10 胃カメラは口からか鼻かどちらをご希望されますか

- ☐ 経口 ☐ 経鼻 ☐ 要相談