

## 上部内視鏡検査受診票

フリガナ	男	生年 月日	S・H 年 月 日( 歳)	備考	受診 月日 受付 番号
氏名	女				
<p>問診事項 下の欄であてはまる番号を○で囲み( )に必要事項を記入してください。</p>					
経口内視鏡検査を受けたことがありますか	1 ない	2 ある	( )年前		
経鼻内視鏡検査を受けたことがありますか	1 ない	2 ある	( )年前		
食道 胃 十二指腸の病気を指摘されたことがありますか	1 ない	2 ある	病名( )年齢( 歳) 内容: a 治療中 b 経過観察中 c 治癒 d 放置		
ピロリ菌の検査を行ったことがありますか	1 ない	2 ある	検査の結果は a 陰性 b 陽性		
ピロリ菌が陽性だった方は、除菌されましたか	1 ない	2 ある	a 成功 b 不成功 c 未確認		
定期的に胃の検査を受けていますか	1 ない	2 ある	a 毎年 b 2年に1回 c 3年に1回 医療機関名( )		
血液を固まりにくくする薬を飲んでいませんか	1 ない	2 ある	ワーファリン・バイアスピリン・プラザキサ イグザレルト・その他( )		
薬や歯科麻酔で具合が悪くなったことがありますか	1 ない	2 ある	薬品名( )		
(経鼻内視鏡検査を受けられる方) 鼻の病気をした事がありますか	1 ない	2 ある	病名( ) →手術をした方 左・右		
(経鼻内視鏡検査を受けられる方) 鼻血がよく出ることがありますか	1 ない	2 ある	( 左・右 )		
<p>自覚症状についてあてはまるものを○で囲んでください。</p> <p>1 胃が痛む(空腹時・食後・いつも) 2 胃がもたれる 3 胃や腹が張る 4 食欲がない</p> <p>5 のどがつかえる 6 吐き気がする 7 むねやけがする 8 げっぷがでる</p> <p>9 下痢しがち 10 便秘しがち 11 便が黒い その他( )</p>					