

内視鏡検査問診表 (胃カメラ、大腸カメラ)

年齢 _____ 歳 身長 _____ cm 体重 _____ kg 性別：男 女
(連絡の取れる電話番号 _____)

- 1、来院目的、症状のある方は、いつからどのような症状ですか？
- 2、当院以外で現在毎日内服している薬があれば全てお書き下さい。 ある ない
- 3、現在治療中、以前に医師から指摘された病気に○印をつけてください。 ある ない
心臓病 (狭心症、心筋梗塞、弁膜症、心不全)、高血圧、不整脈、
脳出血、脳梗塞、前立腺肥大、緑内障、肺疾患 (喘息、慢性気管支炎、肺気腫)
慢性肝炎 (B型、C型)、肝硬変、腎臓病 (慢性腎炎、腎不全) 甲状腺
糖尿病 (食事療法、内服薬、インスリン注射)
- 4、以前に薬や注射で副作用が出たことがありますか？ ある ない
(薬名 _____)
- 5、歯の治療で麻酔の注射で気分が悪くなったことありましたか？ ある ない
- 6、血が止まりにくい体質と言われたことがありますか？ ある ない
- 7、ヨード過敏、その他アレルギーを言われたことがありますか？ ある ない
- 8、お腹の手術 (盲腸、帝王切開、胆石など) 受けたことがありますか？ ある ない
(手術 _____)
- 9、家族、親族に癌や胃腸の病気の方はおられますか？ ある ない
(_____)
- 10、以前に胃内視鏡検査 (胃カメラ) を受けたことがありますか？ ある ない
(検査は楽にできた とてもつらかった)
- 11、以前に大腸内視鏡検査 (大腸カメラ) を受けたことがありますか？ ある ない
(検査は楽にできた とてもつらかった)
- 12、当院をどちらでお知りになりましたか？
知人の紹介 (_____ 様) 病院の紹介 (_____ 先生) 看板を見て
インターネット (検索キーワード _____) 本、雑誌 (_____)
- 13、女性の方、妊娠やその可能性はありますか？ ある ない

ご記入内容に間違いがなければ、ご署名をお願い致します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名

林医院 《内科・内視鏡クリニック》

〒5320002 大阪市淀川区東三国 2-2-1 9

(TEL) 06-6391-3838 (FAX) 06-6391-5254