

| | |
|---------|-------|
| 記入日 | 年 月 日 |
| フリガナ | |
| お名前 | |
| 生年月日 | |
| ご住所 | |
| TEL | |
| メール（任意） | |

1 どの項目を予約されましたか。
 診察のみ 胃カメラ 大腸カメラ 胃・大腸カメラ両方

2 食道・胃・十二指腸の症状や検査異常がありますか。症状は、みぞおちあたり（へそのあたりは含まない）でお答えください。
 はい いいえ

「はい」と答えた方へ：どんな症状や検査異常がありますか。
 胃透視(バリウム)異常
 ピロリ菌陽性を指摘
 腫瘍マーカー異常
 痛い、張る、もたれる(一つでも該当していたらチェック)
 吐き気、胸焼け、げっぷ、喉の違和感(一つでも該当していたらチェック)
 食欲低下、体重減少(一つでも該当していたらチェック)
 その他
 その他にチェックを入れた方は、症状を書いてください。

3 今までに食道・胃・十二指腸の病気をしたことがありますか。
 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃癌 食道癌
 胃ポリープ 粘膜下腫瘍 逆流性食道炎
 その他
 その他にチェックを入れた方は、どんな病気が書いてください。

どれにもかかったことがない

4 血縁関係の方（父母、兄弟姉妹、祖父母、子ども、孫）で食道・胃・十二指腸の病気の方はいますか。
 胃潰瘍 十二指腸潰瘍 胃癌 食道癌
 胃ポリープ
 どれにもかかったことがない
 わからない

5 大腸・小腸の症状や検査異常がありますか。症状は、へそを含めてそこから下でお答えください。

- はい いいえ

「はい」と答えた方へ：どんな症状や検査異常がありますか。

- 便潜血陽性、血便(一つでも該当していたらチェック)
 大腸ポリープ切除希望
 潰瘍性大腸炎
 クローン病
 軟便(下痢)、硬便(便秘)、便が細い(一つでも該当していたらチェック)
 腹痛、膨満感(一つでも該当していたらチェック)
 その他

その他にチェックを入れた方は、症状を書いてください。

便の状態について、教えてください。軟便(下痢)：普通便：硬便(便秘)の割合を全体を10として割り振り、この順番で数字で書いてください。わからない場合は、わからないと書いてください。記入例/2：3：5

軟便(下痢)【 】：普通便【 】：硬便(便秘)【 】 わからない

6 今までに大腸・小腸の病気をしたことがありますか。

- 大腸癌 大腸ポリープ 潰瘍性大腸炎 クローン病
 虚血性腸炎 憩室炎
 その他

その他にチェックを入れた方は、どんな病気が書いてください。

- どれにもかかったことがない

7 血縁関係の方(父母、兄弟姉妹、祖父母、子ども、孫)で、大腸・小腸の病気の方はいますか。

- 大腸癌 大腸ポリープ 潰瘍性大腸炎 クローン病

- どれにもかかったことがない
 わからない

8 心臓の病気はありますか。

- 心筋梗塞 狭心症 心房細動 発作性頻拍症
 房室ブロック
 その他

その他にチェックを入れた方は、どんな病気が書いてください。

- どれにもかかったことがない

心臓の病気について、治療の状況を教えてください。

- 定期通院中
 中断(放置)
 完治

9 脳の病気はありますか。

- 動脈瘤 脳梗塞 脳出血 頸動脈狭窄
 その他

その他にチェックを入れた方は、どんな病気が書いてください。

- どれにもかかったことがない

脳の病気について、治療の状況を教えてください。

- 定期通院中
 中断(放置)
 完治

10 肺の病気はありますか。

- 肺切除 結核 喘息
 肺気腫 慢性気管支炎
 その他

その他にチェックを入れた方は、どんな病気か書いてください。

- どれにもかかっていない

肺の病気について、治療の状況を教えてください。

- 定期通院中
 中断（放置）
 完治

11 次の病気にかかったことはありますか。

- B型肝炎 C型肝炎 高血圧 閉塞隅角緑内障
 前立腺肥大 腎機能低下 糖尿病 乳がん
 子宮筋腫
 その他

その他にチェックを入れた方は、どんな病気か書いてください。

- どれにもかかったことがない

12 高血圧、糖尿病、喘息のある方は、主治医の指示に従ってください。特に病状が不安定な方は、検査後の対処を主治医にお願いできる日時で予約がとれているかどうかを確認してください。

- 12の設問に書かれた内容を確認し、了解しました。 高血圧、糖尿病、喘息にはかかっていない

13 現在服用中の薬はありますか。

- 「血液をさらさらにする薬」を服用している

薬の名前を書いてください。

- 「血液をさらさらにする薬」以外の薬を服用している
薬の名前を書いてください。

- 薬は服用していない

14 手術をしたことはありますか。

- はい いいえ

「はい」と答えた方へ：

手術した臓器と手術方法（開腹、腹腔鏡、経腔等）

時期（〇年〇月頃等）を書いてください。

15 放射線治療をしたことがありますか。

- はい いいえ

「はい」と答えた方へ：

治療した臓器と時期（〇年〇月頃等）を書いてください。

16 薬剤のアレルギーはありますか。

- はい いいえ わからない

「はい」と答えた方へ：アレルギー症状のあるものはどれですか。

- アルコール消毒
 歯の麻酔
 その他の麻酔
 ヨード剤・造影剤
 その他

その他にチェックを入れた方は、アレルギー症状の出る薬剤を書いてください。

17 飲酒の習慣はありますか。

- 現在も飲んでいる

量を教えてください。（1日に缶ビールを1本等のように書いてください。）

- 過去から現在まで飲酒の習慣がない
 過去に飲んでいたが現在は飲んでいない

18 喫煙の習慣はありますか。

- 現在も吸っている

量を教えてください。（1日に10本等のように書いてください。）

- 過去から現在まで喫煙の習慣がない
 過去に吸っていたが現在は吸っていない

19 女性の方のみにお聞きします。現在妊娠中または授乳中ですか。

- はい いいえ

「はい」の場合、検査に使用する鎮静剤に制限があります。
断乳が可能かどうかでも鎮静剤の制限が変わってきます。

- 上記を確認して、了解しました

20 体重を教えてください。

21 胃カメラの検査を受けたことがありますか。

- 当院で受けた
 他院で受けた
 受けたことがない

「他院で受けた」と答えた方へ：

胃カメラ検査の時期を書いてください（○年○月頃等）

「他院で受けた」と答えた方へ：

胃カメラ検査を受けた医療機関名を書いてください。

22 大腸カメラの検査を受けたことがありますか。

- 当院で受けた
 他院で受けた
 受けたことがない

「他院で受けた」と答えた方へ：

大腸カメラ検査の時期を書いてください（○年○月頃等）

「他院で受けた」と答えた方へ：

大腸カメラ検査を受けた医療機関名を書いてください。

23 ピロリ菌の検査を受けたことがありますか。

はい いいえ

「はい」と答えた方へ：結果を教えてください。

陽性 陰性 わからない

「陽性」と答えた方へ：処置をしましたか？

除菌をした 除菌をしていない わからない

「除菌をした」と答えた方へ：処置した時期を書いてください。(〇年〇月頃等)

「陽性」「わからない」「ピロリ菌の検査をしたことがない」と答えた方へ：

ご自身が感染源（ピロリをうつす）となる対象についてお聞きします。ピロリ菌は、3歳目処までに、菌がいる人の胃液（生きたピロリ菌が高濃度）が口にはいって感染しますので、両親から、祖父母から、子ども同士が主な感染ルートです。お子様やお孫さん、兄弟姉妹がいらっしゃるかどうかを教えてください。

子どもがいる 孫がいる 兄弟姉妹がいる

子ども、孫、兄弟姉妹のどれもいない

24 紹介状はありますか。

はい いいえ

「はい」と答えた方へ：紹介元医療機関名を書いてください。

25 問診内容の補足や相談したいことがあればお書きください。

26 あなたは医療従事者ですか。

はい いいえ

「はい」と答えた方へ：役職を教えてください。

医師 看護師 薬剤師 その他

27 当院をどのようにお知りになりましたか。

医療機関からの紹介

知人の紹介 ホームページ

その他

その他にチェックを入れた方は、お知りになった媒体を書いてください。