

上部内視鏡検査 問診票

当てはまるものに○をつけてください

1. 本日胃カメラは（ 鼻カメラ・ ロカメラ ）を希望します。

鼻カメラをご希望の方 → 耳鼻科疾患 （ 有 ・ 無 ）

（ 副鼻腔炎 ・ 鼻茸 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 手術歴 ）

2. 胃カメラをお受けになられたことはありますか？

（ 初めて ・ 1回以上 ⇒ 当院 ・ 他医 ）

他医の方のみお答えください：検査結果（ 異常なし ・ 異常あり ・ 覚えてない）

異常ありの方のみお答えください ※ 覚えている範囲で結構です

・逆流性食道炎 ・ 胃、十二指腸潰瘍 ・ 粘膜下腫瘍 ・ 萎縮性胃炎 ・ 胃がん

・胃ポリープ ・ 覚えてない

3. 前回胃カメラは（ 楽だった ・ 普通 ・ 苦しかった → 鎮静剤の注射した ・ しなかった ）

4. 検査の際、リラックスして検査をお受けいただくために軽い鎮静剤をしております。

検査後、24時間以内に（ 運転しません ・ 運転します ）

運転される場合、注射は出来かねます（→ 車 ・ バイク ・ 自転車 ）

検査後 眼のかすみやふらつき・眠気等が残る場合がございます。

鎮静剤の注射を希望しますか？（ 希望します ・ 希望しません ）

5. 医師が必要と判断した場合、 組織検査（良性や悪性などの詳しい検査）が実施可能です。

保険適応となりご本人様には別途費用が発生いたします。ただし、保険証のない方は自費

になります。（ 希望します ・ 希望しません ）

↳ 医師の判断で必要な場合は、後日再度胃カメラを受け
組織検査をしていただくことになります。

6. ピロリ菌の検査・治療を受けられたことがありますか？

（ 覚えていない ・ ない ・ ある → 当院 ・ 他医 ）

他医の方のみお答えください

検査 ⇒ 年 月頃 検査方法（ 尿 ・ 便 ・ 血液 ・ 組織 ・ 呼気 ・ 不明 ）

結果 ⇒ 陰性（いない） ・ 陽性（いた）

治療⇒ 年 月頃除菌薬服用済／結果⇒ 年 月頃（ 成功 ・ 失敗 ）

当院ではピロリ菌検査及び治療についてお受けいただくことが可能です。

（ 希望しません ・ 本日希望します・医師の判断（保険適応）で検査を希望します）

詳細は別紙の「ピロリ菌について」をご覧ください。

7. 少量の飲酒で、顔が赤くなる、吐き気、動悸、眠気、頭痛等が起こりやすい体質ですか？

（ はい ・ いいえ ）

年 月 日 氏名

2023/10/25 改訂