

# 胃カメラ検査 問診表

体温：                      ℃      血圧：                      /                      mmhg

お名前：                      生年月日：                      年      月      日

1. **胃カメラを受けたことがありますか。** はい (                      歳頃) ・ いいえ  
⇒ 「はい」と答えた方 異常なし・異常あり (結果：                      )

2. **現在、下記の症状がありますか。** はい・ いいえ  
⇒ 「はい」とお答えした方は当てはまる口に✓をしてください。

- 物を食べた時つかえる      胸やけ・ゲップがある      食欲がない
- 胃のあたりが重い      胃が痛い      吐き気がある
- 体重が減った      便に赤い血がついた      黒い便が出た
- 下痢と便秘が交替する      下痢をしている(1日      回)      便秘の悪化
- その他 (                      )

⇒上記の症状はいつごろからありますか？      年      月      日頃から

3. **薬のアレルギーはありますか。** はい (薬剤名：                      ) ・ いいえ

4. **現在治療中または経過観察中の病気はありますか。** はい・ いいえ  
⇒ 「はい」と答えた方 病名：                      \_\_\_\_\_

5. **現在薬を内服していますか。** はい・ いいえ  
⇒ 「はい」と答えた方のみ、お答えください。また、お薬手帳をお出してください。

・血液が固まらないようにする薬を服用していますか。 はい・ いいえ

⇒ 「はい」と答えた方は下記にあてはまる内服薬の口に✓をしてください。

- アスピリン     バイアスピリン     イコサペント酸エチル
- エパデール     バファリン(81)     プロレナル     ワーファリン
- その他 (                      )

6. **今までにかかった病気はありますか。下記のあてはまる口に✓をしてください。**

- 胃潰瘍    十二指腸潰瘍    食道炎    胃炎    胃ポリープ
- 虫垂炎    大腸ポリープ    B型・C型肝炎
- その他 (                      )

7. **過去にピロリ菌の検査を受けたことがありますか。** はい・ いいえ・ わからない

⇒ 「はい」と答えた方のみ、お答えください。

・ピロリ菌はいると言われましたか。 はい・ いいえ・ わからない

⇒ 「はい」と答えた方は下記にあてはまる口に✓をしてください。

- 除菌治療に成功した    除菌治療に失敗した    除菌治療をしていない
- 除菌治療(除菌薬を内服)はしたが、除菌できたか検査をしていない