

胃カメラ検査問診票

氏名	男・女	生年月日	年	月	日
----	-----	------	---	---	---

	質問事項	回答
1	胃の症状がありますか	はい () いいえ
2	現在服用しているお薬はありますか	はい () いいえ
3	今までに胃カメラをうけたことがありますか	はい・いいえ
4	ピロリ菌検査をうけたことがありますか	はい (陰性・陽性) 除菌 成功・失敗・未除菌 いいえ
4	心臓の病気をいわれたことがありますか	はい・いいえ
5	抗血栓薬（血液をサラサラにするお薬）を内服していますか	はい () いいえ
6	アレルギーはありますか	はい () いいえ
7	その他、なにかありましたらご記載ください	
	()	

胃カメラ検査時に医師の判断で組織生検検査が必要となることがあります。組織検査については保険診療となりますが1か所につき4000円ほど追加されます。組織検査を希望されますか	はい いいえ (今回は希望せず他院で相談します)
---	--------------------------------

注意事項

- ・糖尿病の薬以外はいつも通りに時間で内服してください。
- ・お食事は前日21時までとしてください。水分は水、お茶などのみの摂取でご来院下さい