# 内視鏡問診票（上部・下部共通）

来院までにご記入いただき、お待ちください。

西暦　　　　　　年　　　月　　　日　名前：　　　　　　　　　　　　　　体重　　　　Ｋｇ

## １．下記の病気でいわれたことがあるものに○をつけてください。

　　高血圧・糖尿病・緑内障・不整脈・心筋梗塞・狭心症・前立腺肥大・喘息・腎機能障害・脳血管障害

## ２．今まで病院にかかったことがある病気を記入してください。（例：６０歳　糖尿病）

## ３．血液がサラサラになる成分の薬を飲んでいますか。

　　ない・不明・ある（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　）

## ４．糖尿病の薬を飲んでいますか、インスリンを使っていますか。

　　ない・不明・ある（薬品名：　　　　　　　　　　　　　　　）

## ５．難聴はありますか。

　　ない・ある（　右・左・両方　）　【補聴器の使用：ない・ある（　右・左・両方　）】

## ６．アレルギーはありますか。

　　ない・ある（薬品名：　　　　　　　　　　　）（食べ物：　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　（造影剤：　　　　　　　　　　　）（その他：　　　　　　　　　　　）

## ７．歯医者さんの麻酔でご気分が悪くなったことがありますか。

　　ない・ある（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

## ８．入れ歯はありますか。

　　ない・ある（　取り外しできない・取り外しできる　）

## ９．飲酒についてお答えください。飲酒歴はありますか。

　　ない

　　ある（飲酒頻度　　　回／週　飲酒年数　　　年　飲酒の種類・量　　　　　　　　　）

　　過去に飲んでいたがやめた（　　　）歳～（　　　）歳頃まで

## １０．喫煙についてお答えください。

　　　ない

　　　ある（喫煙本数　　　本／日　喫煙年数　　　年）

　　　過去に吸っていたがやめた（　　　）歳～（　　　）歳頃まで

**お薬手帳など飲んでいる薬がわかるものを当日、お持ちください。**

愛知県がんセンター