○○市　胃がん検診（胃内視鏡検査）問診票

※　太枠内について記入または○をつけてください。
※　受診前に記入し、検診当日必ずお持ちください。

検診年月日	年　　月　　日

住　所	○○市		性別	男　・　女
フリガナ 氏　名	様	生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日	

質問事項	回　答
1. 今までに胃の病気にかかったことはありますか	(1) ない　(2) 胃がん（　　歳） (3) 胃潰瘍（　　歳）(4) 十二指腸潰瘍（　　歳） (5) 胃炎（　　歳） (6) その他（病名　　）（　　歳）
2. 胃の病気で、手術を受けたことがありますか	(1) ない (2) ある　(病名　　） いつ頃　　年　　月（　　歳）
3. 右記の病気で、治療を受けていますか	(1) ない　(2) 緑内障　(3) 前立腺肥大症 (4) 糖尿病　(5) 甲状腺機能亢進症 (6) 慢性腎不全　(7) 気管支喘息
4. 薬剤アレルギーはありますか	(1) ない　(2) ある (薬剤名　　) (3) 不明
5. 鼻の病気や手術をしたことがありますか	(1) ない　(2) ある (病名　　) (3) 不明
6. 現在、高血圧の治療を受けていますか	(1) ない　(2) ある (薬剤名　　) (3) 不明
7. 現在、抗血栓薬（ワルファリン、バファリンなど）を服用していますか	(1) ない　(2) ある (薬剤名　　) (3) 不明
8. 狭心症や不整脈などの心臓病はありますか	(1) ない　(2) ある (病名　　) (3) 不明
9. 歯の治療で麻酔を使い、何か問題があったことがありますか	(1) ない　(2) ある (3) 不明
10. 胃内視鏡検査を受けたことがありますか	(1) ない　(2) ある　検査方法：　経鼻　・　経口
11. 胃内視鏡検査で、具合が悪くなったことがありますか	(1) ない　(2) ある (3) 不明