

## 上部消化管内視鏡検査を受ける方へ

以下の質問で当てはまる項目にレ印または、○で囲んでください

1 血をサラサラにする薬（血が止まりにくい薬）を飲まれていますか？

はい 薬品名（ ）

→ 休薬日： / ~

いいえ

2 タバコは吸いますか？

現在吸っている

吸っていたが止めた

吸わない

3 お酒は飲みますか？

週に3日以上

週に2日以下、月3日以上

宴会などの機会があるときだけ飲む（月2日以下）

今は飲まないが、昔は週に3日以上飲んでいて

飲まない

4 ご家族（両親・兄弟・姉妹・実子）にがんの方はいらっしゃいますか？

いる

いない

5 今までに、がんを患ったことはありますか？

はい（胃がん）

はい（胃がん以外）

いいえ

6 ヘリコバクター・ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？

はい（検査日： 年 月 日）

ピロリ菌はいた（陽性）が、治療（除菌）をしていない

ピロリ菌はいた（陽性）が、治療（除菌）をして成功した

ピロリ菌はいて（陽性）、治療（除菌）をしたが失敗した

ピロリ菌はいなかった（陰性）

いいえ

7 下記の病気で当てはまるものはありますか？

なし ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 貧血 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 透析 ・ 脳卒中による麻痺 ・ 緑内障

ご協力ありがとうございました。

谷津保健病院 2024年6月改訂