

川口市胃がん内視鏡検診問診票

フリガナ		検診日	年 月 日
受診者氏名	男 ・ 女	住所	川口市
生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳		TEL

下記の質問について、該当する□の中に✓印をご記入ください。

1. 胃がんにかかったことはありますか。
はい (年 歳) いいえ わからない
2. 現在、胃の病気(胃潰瘍など)で治療していますか。
はい いいえ
3. ピロリ菌の除菌を受けたことはありますか。
はい (年 歳) いいえ わからない
4. 薬剤アレルギーはありますか。
はい (薬の種類 :) いいえ わからない
5. 現在、高血圧の治療を受けていますか。
はい いいえ わからない
6. 現在、血を固まらせにくくする薬(ワルファリン、ヘパリンなど)を服用していますか。
はい (薬の種類 :) いいえ
わからない (お薬手帳を持参してください)
7. 狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか。
はい いいえ わからない
8. 入れ歯を入れていますか。
はい いいえ
9. 下記の病気の診断や治療を受けたことがありますか。あてはまるものすべてにチェックして下さい。
緑内障 前立腺肥大症 気管支喘息 糖尿病
いいえ わからない
10. 鼻の病気や手術をしたことがありますか。
はい (病名 :) いいえ わからない
11. 歯の治療で麻酔を使った時に、何か問題があったことがありますか。
はい いいえ わからない
12. タバコは吸いますか。
現在、吸っている 過去に吸っていたが、やめた 吸っていない
13. 家族に胃がんにかかった方はいますか。
はい (父、母、配偶者、子、兄弟/姉妹、祖父、祖母) いいえ わからない
14. 以前に胃がん検診を受けたことがありますか。
はい いいえ わからない
15. 胃がん検診を受けたことがある方は、もっとも最近の検診についてお知らせください。
 - 1) どちらで受けましたか。
市区町村 職場 人間ドック その他 ()
 - 2) 検査の方法
胃X線検査 胃内視鏡検査 血液検査(ペプシノゲン検査、ピロリ菌検査)
 - 3) 検診の時期 年 歳

(川 口 市)