佐賀県市町対策型胃内視鏡検診　　（様式第４号）

問診票

検　診　日	平成　　年　　月　　日	市町名		市　町 コード	
医療機関名				医療機関 コード	
料金区分	1．一般　　2．非　　3．生				

ふりがな		生年月日	昭和　　年　　月　　日生
氏　　名		（年齢）	（　　歳）
性　　別	1．男　　2．女	電話番号	
(住民票の)住所	〒　　－		

1．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

2．胃がん検診を受けたことがある方は、もっとも最近の検査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）検診の方法

□胃エックス線検査　□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

3．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

4．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

5．ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。

□はい（　　年　　歳）　□いいえ　□わからない

→ □除菌成功　□除菌失敗

6．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

7．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

8．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。

□はい（薬の種類：　　）　□いいえ　□わからない

9．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

10．入れ歯を入れていますか。　□はい　□いいえ

11．下記の病気で治療を受けていますか。

□緑内障　□前立腺肥大症　□甲状腺機能亢進症　□心疾患　□いいえ　□わからない

12．下記の鼻の病気をしたことがありますか。

□副鼻腔炎　□鼻茸　□アレルギー性鼻炎　□いいえ　□わからない

13．歯の治療で麻酔を使ったことがありますか。

□はい　□いいえ　□わからない

→ 歯の治療の麻酔を使ったときに、何か問題はありましたか。

□はい　□いいえ　□わからない

14．鼻腔の手術をしたことがありますか。　□はい　□いいえ　□わからない

15．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

16．家族に胃がんにかかった人はいますか。

□はい（父、母、配偶者、子、兄弟/姉妹、祖父、祖母）　□いいえ　□わからない