

鹿児島市胃がん検診（胃内視鏡検査）問診票

検診日 令和 年 月 日

(フリガナ)		性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 年 月 日
氏名		年齢	歳	電話番号	
住所	鹿児島市	町 丁目	番地 番	号	

下記の事項について○で囲むか、()に記入してください。

1	胃がんにかかったことはありませんか。	1. いいえ 2. はい (歳のとき)
2	現在、胃の病気で治療をしていますか。	1. いいえ 2. はい (胃炎 胃潰瘍 胃ポリープ その他:)
3	胃について、気になる症状がありますか。	1. いいえ 2. はい (胃の痛み 胃もたれ 胸焼け 吐き気 食欲不振 体重減少 その他:)
4	ピロリ菌検査を受けたことはありますか。	1. いいえ 2. はい (歳のとき) 3. わからない ↳ 1. ピロリ菌はいなかった(陰性) 2. ピロリ菌はいた(陽性)が、治療(除菌)はしていない 3. ピロリ菌はいた(陽性)が、治療(除菌)をして成功した 4. ピロリ菌はいて(陽性)、治療(除菌)をしたが失敗した 5. その他 ()
5	薬剤アレルギーはありますか。	1. いいえ 2. はい (薬の種類:) 3. わからない
6	現在、抗血栓薬(ワルファリン、パファリンなど)を服用していますか。	1. いいえ 2. はい (薬の種類:) 3. わからない
7	狭心症や不整脈などの心臓の病気はありますか。	1. いいえ 2. はい 3. わからない
8	()の病気で治療を受けていますか。	1. いいえ 2. はい (高血圧 緑内障 前立腺肥大症 甲状腺機能亢進症 心疾患)
9	()の鼻の病気をしたことがありますか。	1. いいえ 2. はい (副鼻腔炎 鼻茸/鼻ポリープ アレルギー性鼻炎) 3. わからない
10	鼻腔の手術をしたことがありますか。	1. いいえ 2. はい
11	入れ歯を入れていますか。	1. いいえ 2. はい
12	歯の治療で麻酔を使ったことがありますか。	1. いいえ 2. はい 3. わからない ↳ (はいの場合)麻酔を使ったときに何か問題がありましたか。 1. いいえ 2. はい 3. わからない
13	タバコは吸いますか。	1. 吸っていない 2. 過去に吸っていたが、やめた 3. 現在、吸っている
14	お酒は飲みますか。	1. 飲まない 2. 今は飲まないが、昔は週に3日以上飲んでた 3. 宴会などの機会があるときだけ飲む(月2日以下) 4. 週に2日以下、月3日以上 5. 週に3日以上 ※飲酒日の1日あたりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安: ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎35度(80ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) 【2~5を回答した場合】 1) 現在、ビールコップ1杯程度の少量の飲酒ですぐ顔が赤くなる体質がありますか。 1. いいえ 2. はい 2) 飲酒を始めた頃、ビールコップ1杯程度の少量の飲酒ですぐ顔が赤くなりましたか。 1. いいえ 2. はい
15	(女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか。	1. いいえ 2. はい 3. わからない
16	家族に胃がんにかかった人はいますか。	1. いいえ 2. はい (父、母、配偶者、子、兄弟/姉妹、祖父、祖母) 3. わからない
17	今までに、胃がん検診を受けたことがありますか。	1. 初めて 2. はい 3. わからない ↳ (はいの場合)直近の検診は 1) どこで 1. 市区町村 2. 職場 3. 人間ドック 4. その他 () 2) 検査の方法 1. 胃部エックス線検査 2. 胃内視鏡検査 3. 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_____月頃