

アンケート問診票

ESS-511 Epidemiology Scale for the Symptoms of GERD

記入日: 平成 年 月 日

歳

男・女

※あなたは以下にあげる症状がありますか？
 ありましたら、その程度を記入欄の数字（スケール）に○を付けて
 お答え下さい。

名前 (ID:)

質問

質問	記入欄				合計点数
	ない	まれに	時々	しばしば	
1 胸やけがしますか？	0	1	2	3	4
2 おなかのはるごことがありますか？	0	1	2	3	4
3 食事をした後に胃が重苦しい(もたれる)ことがありますか？	0	1	2	3	4
4 思わず手のひらで胸をこすつてしまうことがありますか？	0	1	2	3	4
5 食べたあと気持ちが悪くなるごことがありますか？	0	1	2	3	4
6 食後に胸やけがおこりますか？	0	1	2	3	4
7 喉(のど)の違和感(ヒリヒリなど)がありますか？	0	1	2	3	4
8 食事の途中で満腹になつてしまいますか？	0	1	2	3	4
9 ものを飲み込むと、つかえるごがありますか？	0	1	2	3	4
10 苦い水(胃酸)が上がつてくるごがありますか？	0	1	2	3	4
11 ゲップがよくでますか？	0	1	2	3	4
12 前かがみをするご胸やけがしますか？	0	1	2	3	4

その他、何か気になる症状があればご遠慮なくご記入ください。

合計点数 + + + =

M. Kusano et al.: J Gastroenterol., 39, 888 (2004)

酸逆流関連症状 = 点

運動不全(もたれ)症状 = 点