

## 上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)問診票

記入日 年 月 日

フリガナ( )

氏名( )

該当する項目に○印をつけてください。

1. 本日の体調は普段とお変わりありませんか？ はい ・ いいえ
2. 今までに内視鏡検査を受けたことはありますか？ はい(胃カメラ、大腸カメラ) ・ いいえ
3. 検査を受けたことがある方は、検査にて具合が悪くなりましたか？  
はい(症状： ) ・ いいえ
4. アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：歯の麻酔薬、胃カメラ時の喉の麻酔薬、アルコール、ハッカ、ヨード、  
その他( )
5. 心臓の病気はありますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：心筋梗塞、狭心症、心臓弁の病気、不整脈、ペースメーカー、  
その他( )
6. 注射や血圧測定ができない腕がある(乳房手術や透析などで) はい(右・左) ・ いいえ
7. 下記薬剤を使用していますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：麻薬性鎮痛剤、安定剤、睡眠薬、抗うつ薬
8. 血をさらさらにする薬を飲んでいますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：薬品名( )  
検査の為に中止している はい( 日前から) ・ いいえ
9. 下記の病気はありますか？ はい ・ いいえ  
はいの方へ：糖尿病、緑内障、前立腺肥大、高血圧
10. 女性の方へ 妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ
11. 経鼻内視鏡ご希望の方へ 鼻から喉にかけての疾患、治療歴  
(アレルギー性鼻炎、副鼻腔炎、外傷など)はありますか？ はい ・ いいえ
12. 鎮静剤(眠たくなる薬)、鎮痛剤(痛み止め薬)の使用を希望されますか？  
はい ・ いいえ
13. 本日は車、バイク、自転車など運転せず、公共交通機関でご来院されていますか？  
はい ・ いいえ
14. 連絡のつくご家族の方の連絡先を教えてください。

(フリガナ)

氏名： 続柄 連絡先：

外せる歯があれば外しておいてください。口紅は拭き取っておいてください。  
以上です。ありがとうございました。

このしたクリニック