

【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 ()

ID番号： KT： °C 氏名 ()

※検査を円滑かつ安全に行う為に、以下の質問にお答え下さい。該当する項目に○印をつけて下さい。

| | |
|---|--------|
| 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？ ☆はいの方のみどちらかに○をして下さい。(胃カメラ・大腸カメラ) | はい・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？ ☆はいの方のみ症状をご記入下さい(症状:) | はい・いいえ |
| 4. アレルギーはありますか？ ☆はいの方のみご記入下さい。 歯の麻酔薬、喉の麻酔薬、アルコール、ヨード、ハッカ、その他() | はい・いいえ |
| 5. 心臓の病気はありますか？ ☆はいの方のみご記入下さい。 心筋梗塞、狭心症、心臓弁の病気、不整脈、P-波-カ-、その他() | はい・いいえ |
| 6. 乳房手術や透析などで、注射や血圧測定ができない腕がありますか？ ☆はいの方のみどちらかに○をして下さい。(右腕・左腕) | はい・いいえ |
| 7. 下記薬剤を使用していますか？(はいの方のみ○をして下さい) 麻薬性鎮痛剤・安定剤・睡眠薬・抗うつ薬 | はい・いいえ |
| 8. 血をさらさらにする薬剤を飲んでいますか？ ☆はいの方のみご記入下さい。薬剤名() 検査の為に中止している(日前から)・中止していない | はい・いいえ |
| 9. 下記の病気はありますか？(はいの方のみ○をして下さい) 糖尿病、緑内障、前立腺肥大、高血圧、気管支喘息、甲状腺疾患など | はい・いいえ |
| 10. 女性の方のみ：妊娠している可能性がある、又は、授乳期間中ですか？ | はい・いいえ |
| 11. 経鼻内視鏡ご希望の方のみ：鼻から喉にかけての疾患、治療歴(副鼻腔炎、アレルギー性鼻炎、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)の使用を希望されますか？ | はい・いいえ |
| 13. 12で「はい」と答えられた方のみ下記のご記入下さい。 自宅から当院までの来院方法を下記に○して、所要時間をご記入下さい 来院方法： 徒歩・電車・バス・家族送迎 その他() 所要時間()分 | |
| ※検査当日は車、バイク、自転車の運転はできませんので、ご了承下さい。 | |
| 14. 外せる歯はありますか？ | はい・いいえ |
| 15. 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： | |

以上です。ありがとうございました。

このしたクリニック