

胃内視鏡検査問診票

検査日 年 月 日

氏名 _____ 電話番号<自宅> _____ /<携帯> _____

緊急連絡者名 _____ 続柄 () 緊急連絡者の電話番号 _____

1. 胃内視鏡検査をしたことがありますか。	いいえ	はい (当院で ・ 他院で)
2. 血液を固まりにくくする薬やサラサラにする薬を飲んでいませんか。	いいえ	はい (薬品名 : _____) 医師から内服中止指示はありますか。 いいえ ・ はい (月 日から)
3. 心臓の病気がありますか。	いいえ	はい [狭心症・心筋梗塞・不整脈・心不全] その他 (病名 : _____)
4. 眼圧が高い・緑内障がありますか。	いいえ	はい
5. 男性の方で前立腺癌・前立腺肥大・夜間頻尿・尿が出にくいことがありますか。	いいえ	はい 治療状況 [内服 ・ 放射線 ・ 手術] (その他 : _____)
6. 糖尿病がありますか。	いいえ	はい 本日内服やインスリン注射を中止していますか。(はい ・ いいえ)
7. 喘息がありますか。	いいえ	はい (発作時の治療法 : _____)
8. 甲状腺の病気がありますか。	いいえ	はい (病名 : _____)
9. 局所麻酔で気分が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい
10. 薬剤・ミントアレルギーがありますか。	いいえ	はい (薬剤名 : _____)
11. 食道・胃の手術歴がありますか。	いいえ	はい (何の手術ですか : _____)
12. 心臓ペースメーカー・植込み型除細動・その他の金属が体内にありますか。 また、心臓の貼付薬を貼っていますか。	いいえ	はい (場所 : _____) (種類 : _____)
13. 義歯を使用していますか。	いいえ	はい (取り外し : 可 ・ 不可)

※ 以下の質問は検査当日来院前にご記入ください。

1. 本日の帰宅方法は何ですか。	自動車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 電車 ・ バス ・ 徒歩 ・ 送迎		
2. 本日付き添いの方はいますか。	いいえ	はい (続柄 : _____)	
3. 最終食事時間はいつですか。	月 日 時 分ごろ		
4. 最近黒い便が出ましたか。	いいえ	はい (月 日ごろ)	
5. 本日の内視鏡検査時に鎮静剤の使用を希望されますか。 ※使用した場合、翌朝まで乗り物の運転はできません。	いいえ	はい	
6. 何かご不明な点、ご心配なことがあればご記入ください。			

※ 以下の質問は経鼻内視鏡検査を受ける方のみお答えください。

鼻の病気・骨折・手術をしたことはありますか。	いいえ	はい (病名または手術名 : _____)
------------------------	-----	------------------------