

上部消化管内視鏡検査を受けられる方へ

お名前： _____ 様

記入日 年 月 日

この問診は、苦痛なく安全に検査を実施させていただくためにお尋ねするものです。
以下の質問 (はい・いいえ) のどちらかには○印を、記入欄にはご記入をお願いします。

- ① 今までに内視鏡検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
- ② 麻酔・内服薬・注射薬で気分不良・冷汗・意識消失・蕁麻疹などを起こしたことはありますか？ (はい・いいえ)
 麻酔薬・ 造影剤・ アルコール消毒綿・ 鎮痛剤・ その他薬品名 [_____]
- ③ 心臓病の治療を受けていますか？ (はい・いいえ)
 狭心症・ 心筋梗塞・ 不整脈など
- ④ 緑内障の診断・治療を受けた事がありますか？ (はい・いいえ)
- ⑤ (男性の方へ) 前立腺肥大の治療を受けていますか？ (はい・いいえ)
- ⑥ 糖尿病・高血圧の治療を受けていますか？ (はい・いいえ)
- ⑦ 呼吸器の病気の治療を受けていますか？ (はい・いいえ)
 喘息・ 気管支炎・ 気管支拡張症・ 結核など
また今、風邪、花粉症、アレルギー性鼻炎にかかっていますか？ (はい・いいえ)
 ノドの痛み・ 咳・ 痰・ 鼻汁・ 鼻閉 (右・左) など
- ⑧ 腹部の手術を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
 食道・ 胃・ 十二指腸・ 乳房・ 大腸・ 虫垂炎・ 子宮・ その他 [_____]
- ⑨ 肝炎の治療中、または、治療を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
- ⑩ アルコールは飲まれますか？ (はい・いいえ)
 ほとんど飲まない・ 時々・ ほぼ毎日 _____ 合程度
- ⑪ 血が止まりにくくなる薬を飲んでいませんか？ (はい・いいえ)
 ワーファリン・ パナルジン・ プラビックス・ バイアスピリン・ その他 [_____]
- ⑫ (女性の方へ) 現在妊娠している可能性はありますか？ (はい・いいえ)
- ⑬ 検査について、不安なことや質問、および検査前に医師、看護師に伝えておきたい事がありましたらご記入下さい。

(_____)

※この用紙は、検査当日に受付へお渡しください。