

患者ID :

カナ氏名 :

漢字氏名 :

生年月日 :

上部内視鏡検査 問診票

○印をつけて下さい

付き添い (有 ・ 無)

※検査をするにあたり参考にさせていただきます。

1. 検査は初めてですか。 はい・いいえ

2. 以下の病気がありますか。ある場合は () 内に○印をつけて下さい。

() 前立腺肥大 () 緑内障 () 心臓病

() 高血圧 () 褐色細胞腫 () 喘息

() 脳梗塞・脳出血 () 糖尿病 () 肺気腫

3. 手術を受けた事がありますか。 はい・いいえ

※「はい」の方は、何の手術ですか。 ()

4. 食品・薬剤のアレルギーがありますか。 はい・いいえ

※「はい」の方は、何のアレルギーですか。 ()

5. 抜歯の時の麻酔で気分が悪くなった事がありますか。 はい・いいえ

6. 抗凝固剤(血液の流れを良くする薬)を服用していますか。 はい・いいえ

※「はい」の方にお聞きします。

薬の名前は何ですか。 ()

検査のため薬を中止している方は何日から中止していますか。 () 日から中止

7. 過去にピロリ菌の検査を受けたことがありますか。(当院以外でも)

はい・いいえ・わからない

※「はい」の方にお聞きします。あてはまる項目の () 内に○印をつけて下さい。

() ピロリ菌はいなかった () ピロリ菌がいたが、未治療

() 除菌治療を受け除菌成功した () 除菌治療を受け除菌失敗した

() 除菌治療は受けたが、除菌ができたか調べていない

8. 鎮静薬使用について

少し眠くなった状態にするなど、腕から点滴をして鎮静薬を注射する方法があります。使用すると、半日くらい眠気やフラフラ感が続くことがあり、呼吸数の減少や血圧低下などの偶発症を起こすこともあります。鎮静薬を使用した場合は、30分～1時間程度、十分に覚醒するまで院内で休んで頂きます。また、鎮静薬使用当日は、絶対に車・バイク・自転車の運転はしないでください。鎮静薬を使用した場合、検査の順番が遅くなる場合があります。

※上記を読み、鎮静薬の使用を希望しますか。 はい・いいえ

9. ご自身で車・バイク・自転車を運転し、来院しましたか。検査後運転する予定がありますか。

(「はい」の方は鎮静薬を使用できませんので、ご了承ください。) はい・いいえ

記載日 西暦 20 年 月 日 ご署名 _____

患者さん以外の場合続柄 _____