

内視鏡検査問診票

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

最後に食べたお食事[_____ 月 _____ 日 _____ 時頃 内容: _____]

身長／体重[_____ cm／ _____ kg]

今まで内視鏡検査を受けたことはありますか	いいえ・はい（胃カメラ・大腸カメラ）
血液をサラサラにする薬を飲んでいますか	いいえ・はい <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> ワーファリン・リクシアナ・イグザレルト・エリキュース・オパールモン プラザキサ・パナルジン・プラビックス・コンプラビン・エフィエント プレタール・エパデール・バイアスピリン・その他 </div>
心臓・血管系の病気はありますか （以下現在、治療中・治療後も含める）	いいえ・はい 【不整脈・狭心症・心筋梗塞・その他()】
ペースメーカーは入っていますか	いいえ・はい【メーカー _____ 設定 _____】
脳血管の病気はありますか	いいえ・はい 【脳梗塞・脳出血・その他()】
緑内障はありますか	いいえ・はい
男性の方：前立腺肥大はありますか	いいえ・はい
糖尿病・褐色細胞腫はありますか	いいえ・はい
肺の病気はありますか	いいえ・はい（病名： _____）
甲状腺機能亢進症はありますか	いいえ・はい
肝臓の病気はありますか	いいえ・はい（病名： _____）
てんかんを起こした事がありますか	いいえ・はい
透析をしていますか	いいえ・はい（シャント 左・右）
血圧が高く、下げる薬を飲んでいますか	いいえ・はい
手術をしたことはありますか	いいえ・はい [_____]
薬・食べ物・麻酔のアレルギーはありますか	いいえ・はい <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 麻酔薬・鎮静剤・造影剤・卵・大豆 アルコール綿・その他() </div>
女性の方：妊娠の可能性ありますか	いいえ・はい
女性の方：授乳をしていますか	いいえ・はい
タバコは吸いますか	いいえ・以前吸っていた・はい（本数： _____ 本/日）
「以前吸っていた」・「はい」の方	本数： _____ 本/日 ・ 年数： _____ 年間
お酒はのみますか	いいえ・はい （種類・量・頻度： _____ ml・ _____ 回程度/週）
ピロリ菌の有無の検査はしましたか	いいえ・はい
「はい」の方 検査や治療の結果はどうでしたか	ピロリ菌指摘なし・除菌成功・除菌失敗 未治療・薬は飲んだが効果判定していない
本日付添の方はいらっしゃいますか	いいえ・はい（続柄： _____）
緊急の際の連絡先をご記入下さい	電話番号(_____)続柄(_____)

次のものは外してください： 義歯・眼鏡やコンタクトレンズ・シップ、貼り薬・補聴器
 装飾品（指輪、ピアス、ヘアピン、時計など）

ロッカー No. _____

備考：