

ID _____

内視鏡 問診票

氏名 _____ 様

年 _____ 月 _____ 日

* 胃カメラ・大腸カメラの予約をご希望の方のみご記入をお願いします

Q1 胃カメラ 大腸カメラを受けた経験はありますか

(胃カメラ) はい(_____ 年前) / いいえ / わからない

(大腸カメラ) はい(_____ 年前) / いいえ / わからない

Q2 点滴による鎮静剤の使用を希望されますか | はい | いいえ | 相談してから決める

* 麻酔の効きには個人差があります

Q3 以下の病気がありますか | あり | なし

- ・ 心疾患 (病名: _____) ・ ヘ-スメ-カ- ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 緑内障
- ・ 腎臓病 ・ 脳卒中 ・ てんかん ・ 喘息 ・ うつ病 ・ 前立腺肥大 ・ 腸閉塞

Q4 お腹の手術をうけた経験はありますか | はい | いいえ

Q5 現在、飲んでいるお薬はありますか(頓服の薬も含む) | はい | いいえ

はいとお答えの方はお薬手帳をお見せ下さい。お忘れの方はお薬名を記入してください

お薬名 _____

Q6 血液をサラサラにするお薬を飲んでいますか | はい | いいえ

お薬名 _____

Q7 薬の副作用が出たことはありますか(歯医者さんの麻酔など) | はい | いいえ

お薬名 _____

* 歯科の麻酔や手術の麻酔でアレルギーが出た方は、検査できない可能性があります

* 女性の方へ

妊娠中または妊娠の可能性はありますか | はい | いいえ

現在 授乳中ですか | はい | いいえ

* 胃カメラをご希望の方へ

入れ歯はありますか(部分入れ歯も含む) | はい | いいえ

ピロリ菌の検査を受けたことがありますか | はい | いいえ

はいとお答えの方 結果はどうでしたか 陽性 / 陰性 / 分からない

ピロリ菌陽性とお答えの方 除菌はしましたか

除菌した(判定は 除菌できた・除菌できなかった)

除菌していない

除菌したが判定していない

緊急時連絡先(ご本人様以外の方)のご記入をお願いいたします

お名前【 _____ 】 続柄【 _____ 】 TEL【 _____ 】

* スタッフ記入欄(以下該当するものに _____)

・一般採血 ・便中ピロリ抗原 ・経口ファイバー使用 ・モビプレップ ・ドルミカム ・リバース禁止

・血清ピロリ抗体 ・PPI内服あり ・経鼻ファイバー使用 ・ニフレック ・サイレース ・ブスコバン禁止

・UBT検査 ・大腸検査食 ・ペチジン