

# 内視鏡検査を受けられる方へ

令和 年 月 日

氏名	年齢	性別
----	----	----

問診担当者 \_\_\_\_\_

1) 最終の食事摂取日時を教えてください。 _____ 月 _____ 日 _____ 時頃		
2) 内視鏡検査(胃・大腸)を受けたことがありますか？	はい	いいえ
3) 2)で「はい」と答えた方 内視鏡の検査時・検査後に具合が悪くなったことがありますか？ (冷や汗・吐き気・めまい・動悸・尿が出にくい・その他: _____)	はい	いいえ
4) 歯の麻酔で気分が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
5) 今までに薬で気分が悪くなったり、嘔吐、下痢、蕁麻疹などのアレルギー症状をおこしたことがありますか？ ・「はい」と答えた方で薬品名がおわかりになればお書きください。 ( _____ )	はい	いいえ
6) 血が止まりにくくなる薬を飲んでいますか？ (別紙「消化器内視鏡検査を受けられる患者様へ」をご参照ください) ・「はい」と答えた方 ★中止( _____ ~ _____ )	はい	いいえ
7) 心臓の病気はありますか？(不整脈・狭心症・心筋梗塞など)	はい	いいえ
8) 高血圧がありますか？	はい	いいえ
9) 眼圧が高いと言われたり、緑内障の診断を受けていますか？	はい	いいえ
10) 尿が出にくかったり、前立腺肥大の診断を受けていますか？	はい	いいえ
11) 糖尿病はありますか？	はい	いいえ
12) 腎臓病はありますか？	はい	いいえ
13) 便秘気味ですか？ ・「はい」と答えた方でお薬を飲まれている方は薬品名をお書きください。 ( _____ )	はい	いいえ
14) 呼吸器の病気はありますか？ ( _____ )	はい	いいえ
15) 検査の結果、悪性のものであった場合、告知を希望されますか？	はい	いいえ
16) 鼻の病気(花粉症・蓄膿など)はありますか？	はい	いいえ
17) 前処置を行って鼻腔が狭い場合、口からの内視鏡に変更となります。 了承いただけますか？	はい	いいえ