

胃内視鏡検査（胃カメラ）を受けられる方への問診票

氏名： _____ 電話番号： _____

(必要時病院から連絡可能な
番号を記入して下さい)

緊急連絡先 氏名： _____ 続柄() 電話番号： _____

以下の質問をお読みになって、(はい・いいえ)のどちらかに○印を、□にチェックを、記入欄にはご記入をお願いします。

■胃腸の具合の悪いところを具体的にご記入ください。

(_____)

- 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)
その時の結果はいかがでしたか？ 異常なし ・ 異常あり (_____)
- ② 経口内視鏡の場合、鎮静剤の使用を希望しますか？ (はい ・ いいえ)
※内視鏡検査の施にあたりご希望の方には鎮静剤を使用することがあります。
鎮静剤を使用した場合検査終了後当日は自動車、バイク、自転車等の運転はできませんのでご了承ください。
- ③ 今までに麻酔・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がありますか？ (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 [_____]
- ④ 心臓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 □その他疾患名 [_____]
- ⑤ 緑内障の診断・治療を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- ⑥ (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)
- ⑦ 糖尿病の治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)
- ⑧ 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 □その他疾患名 [_____]
- ⑨ 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 [_____]
- ⑩ 血が止まりにくくなる薬を飲んでいますか？ (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 □エリキュース □イグザレルト
□リクシアナ □プラザキサ □その他 [_____]
- ⑪ 本日は絶食で来院されましたか？ (はい ・ いいえ)
- ⑫ 鼻腔が狭く鼻からの内視鏡検査が不可能な場合、経口からの内視鏡を希望されますか？ (はい ・ いいえ)
- ⑬ ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 下記の質問はピロリ菌の検査を受けた方のみ記載してください。
- ⑭ ピロリ菌の検査は陽性でしたか、陰性でしたか？(陽性・陰性) → 陽性の場合 (除菌済・除菌未)
- ⑮ 除菌治療は受けましたか？ (はい ・ いいえ)
- ⑯ 除菌の効果判定検査(呼気試験)は受けましたか？ (はい ・ いいえ)

看護師記入欄

アレルギー 無 ・ 有 (_____)

妊娠 無 ・ 有 (_____)

服用 無 ・ 有 (_____) 生検 無 ・

既往 無 ・ 有 (_____) 色素散布 無 ・

最終飲食 日 時頃

備考