

内視鏡検査前問診票

お名前 _____

年齢 _____ 才

1. 内視鏡検査日の来院手段に○をつけてください。(複数可)

電車・バス 自動車(自分で運転・送ってもらった) バイク 自転車 徒歩 タクシー

検査当日、ご自分で運転(自動車、バイク、自転車)する患者様は希望されても鎮静剤処置は行えません。

2. 今まで内視鏡検査を受けたことありますか? 受けられた場合、どこで受けられ、その時の診断はどうでしたか?

胃カメラ → 当院 他院(_____ 年頃) 診断(_____) 異常なし大腸カメラ → 当院 他院(_____ 年頃) 診断(_____) 異常なし

3. 以下の病名で診断を受けている病気や、現在治療している病気はありますか?

心臓の病気、不整脈 いいえ はい → 内服 病名(_____)脳梗塞、脳出血 いいえ はい → 内服 病名(_____)緑内障 いいえ はい → 点眼 手術前立腺肥大症 いいえ はい → 内服 ▶ 排尿障害 あり なし甲状腺疾患 いいえ はい → 内服 ▶ 亢進症 低下症肺疾患(COPD、肺気腫) いいえ はい → 内服 酸素吸入喘息 いいえ はい → 内服 吸入高血圧症 いいえ はい → 内服糖尿病 いいえ はい → 内服 インスリン注射 食事療法腎臓病、腎機能障害 いいえ はい → 内服 人工透析その他の病気 いいえ はい → 内服病名(_____)

4. 薬剤や食物のアレルギーはありますか?

いいえ はい → 歯科麻酔 造影剤 アルコール消毒綿大豆 卵 薬(_____) その他(_____)5. 血液が固まりにくくなる薬やサラサラにする薬を内服中ですか。 いいえ はい → 以下にお答えくださいワーファリン エリキュース イグザレルト リクシアナ プラザキサ バイアスピリンプレタール(シロスタゾール) ロトリガ パナルジン(チクロピジン) プラビックス(クロピドグレル)タケルダ エパデール(イコサペント酸エチル) ドルナー(ベラプロストナトリウム)オパールモン(リマプロストアルファデクス) エフィエント(プラスグレル) その他(_____)6. 女性にお聞きます。妊娠の可能性はありますか? いいえ はい現在、授乳中ですか? いいえ はい7. ピロリ菌の検査を受けたことがありますか? いいえ はい → ①へ ※「いいえ」の方は検査をおすすめします①ピロリ菌はいましたか? いいえ はい → ②をご記入ください②除菌したことがありますか? いいえ はい(西暦 _____ 年 _____ 月) → ③をご記入ください③除菌後の判定検査はしましたか いいえ はい → 除菌成功した 不明8. 義歯、またはグラグラする歯はありますか? いいえ はい → 上の歯 下の歯9. 今までお腹の手術をしたことがありますか? いいえ はい → 部位(_____)

10. 上記以外に、医師やスタッフに知っておいて欲しい事などがあれば、ご記入ください。