

胃カメラ(内視鏡)検査を受けられる方の問診票

患者 ID: _____

患者氏名: _____ 様

1. 胃カメラを受けたことはありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方、

当院ではいかがですか？ (初めて ・ 回目)

カメラは、鼻からでしたか、それとも口からでしたか？ (鼻 ・ 口)

2. 胃カメラ時、検査後に具合が悪くなったことがありますか？ (はい ・ いいえ)

3. 次の事項に当てはまるものに(○)印をつけてください。

心臓が悪い。(心筋梗塞、狭心症、不整脈、心臓の手術を受けた、ペースメーカー装着)(はい ・ いいえ)

眼圧が高い、緑内障と言われている。 (はい ・ いいえ)

男性の方：尿が出にくく、前立腺肥大と言われている。 (はい ・ いいえ)

糖尿病といわれている。 (はい ・ いいえ)

便秘している。 (はい ・ いいえ)

高血圧といわれている。 (はい ・ いいえ)

甲状腺機能亢進症といわれている。 (はい ・ いいえ)

麻酔で具合が悪くなったことがある。(内視鏡検査時 ・ 歯の治療時 ・ その他) (はい ・ いいえ)

4. 今までに手術をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方、何の手術でしたか？

(胃潰瘍 ・ 十二指腸潰瘍 ・ 虫垂炎 ・ 胆石 ・ 大腸 ・ 肛門 ・
子宮筋腫 ・ 前立腺・その他_____)

5. 血液が固まりにくくなるお薬を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方、服薬している薬剤名を教えてください。(_____)

6. 鼻腔が狭い場合は口からカメラを挿入する検査に変更となります。ご了承いただけますか？

(はい ・ いいえ)

7. ピロリ菌の検査を受けられたことはありますか？

なし

あり ➡ ピロリ菌陰性

➡ ピロリ菌陽性 ➡ 除菌薬内服なし…(治療希望 あり ・ なし)

➡ 除菌薬内服あり ➡ 除菌 失敗(治療希望 あり ・ なし)

成功

わからない

〈注意・医師指示欄〉 抗凝固薬・抗血栓薬を飲んでいる方は

検査当日まで薬を飲み続けてください。

検査()日前から検査当日まで服用を中止してください。

記載日: 20 年 月 日

医師サイン _____