

1～11 までの質問にチェックをし、検査当日ご持参ください。

内視鏡検査問診票

歳

前処置指示

該当項目を○で囲んで下さい。

- | | | | |
|---|-------------|---|----|
| 1 | プロナーゼ | 可 | 不可 |
| 2 | キシロカイン | 可 | 不可 |
| 3 | ブスコパン 1A | 可 | 不可 |
| 4 | グルカゴンGノボ 1V | 可 | 不可 |

【指示医サイン】

| | | | | |
|--------|--|--|--|--|
| 検査 月・日 | | | | |
| 実施者サイン | | | | |

内視鏡検査を安全に受けていただくため、下記の質問にご協力ください。

- 胃内視鏡検査を受けたことがありますか？ (初めて 2回目以上)
- 検査についてご心配なことがありますか？ ()
- 今までに歯科の麻酔で、具合が悪くなったことがありますか？
 いいえ はい 何時頃ですか？ ()
 はいと答えた方はその後、胃の内視鏡検査を受けましたか？
 いいえ はい 何時頃ですか？ ()
- 胃の内視鏡検査のとき使用した注射で、具合が悪くなったことがありますか？
 いいえ はい ()
- 薬で具合が悪くなったことがありますか？ または薬剤アレルギーはありますか？
 いいえ はい (薬品名)
- 心臓の病気や脳梗塞などで、血をサラサラにさせるお薬を飲んでいますか？
 いいえ はい (薬剤名) わからない
 はいと答えた方は、薬を最後に飲んだのはいつですか？
 (月 日 朝 昼 夕)
- 心臓の病気や不整脈、高血圧症と言われたことがありますか？
 いいえ はい (治療中 ・ 治療していない)
- 男性の方……前立腺肥大症 (尿が出にくい) と言われたことがありますか？
 いいえ はい (治療中 ・ 治療していない)
- 眼圧が高い(緑内障)と言われたことがありますか？
 いいえ はい (治療中 ・ 治療していない)
- 糖尿病と言われたことがありますか？
 いいえ はい
 はいと答えた方は、現在の治療方法をお知らせ下さい
 内服薬服用中 インスリン使用中 経過観察
- お身体で不自由なところがありますか？
 いいえ はい ()