

消化器内視鏡検査 問診票

記入日： 年 月 日

患者様ID： _____ 氏名： _____ 様 (歳)

問診内容	回答		医師確認欄
<input type="checkbox"/> 体重は何キロですか	kg		
<input type="checkbox"/> お腹の手術を受けたことがありますか □胃 □大腸 □子宮卵巣 □その他()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 麻酔(歯医者さんの麻酔など)を受けて気分が悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> アレルギーがありますか それはどのような症状でしたか ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> タバコを吸われますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> お酒を飲むと顔が赤くなる、あるいはのどに違和感がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 血のつながった親族の中で癌になった方はいますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 糖尿病がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 眼科で、緑内障や眼圧が高いと言われたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 男性の方へ: 前立腺肥大や尿が出にくいなどの症状がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 女性の方へ: 妊娠の可能性がありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 脳梗塞をおこしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 心臓の病気がありますか 病名()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 抗血栓薬(血をサラサラにするお薬)を内服されていますか 薬剤名()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 自動車・バイク・自転車を運転して来られましたか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> ピロリ菌の検査を受けたことがありますか 除菌(年前)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
<input type="checkbox"/> 内視鏡検査を受けたことがありますか どこで受けられましたか(当院 /他:)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

■ 看護師・医師確認欄

抗血栓薬	なし、あり、不明()
PPI	なし、あり、不明()
【確認方法】	<input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> カルテ <input type="checkbox"/> 本人口頭 <input type="checkbox"/> 不詳

看護師	医師

次回内視鏡検査のお知らせハガキについて

(お知らせハガキを希望する / お知らせハガキを希望しない)

■ 医師指示

鎮痙剤	鎮静剤