

# 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
□体重は何キロですか	kg		
□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( )	□ はい	□ いいえ	
□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	□ はい	□ いいえ	
□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 ( )	□ はい	□ いいえ	
□タバコを吸われますか	□ はい	□ いいえ	
□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	□ はい	□ いいえ	
□血のつながった親族の中で癌になった方はいますか	□ はい	□ いいえ	
□糖尿病がありますか	□ はい	□ いいえ	
□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	□ はい	□ いいえ	
□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	□ はい	□ いいえ	
□女性の方へ: 妊娠の可能性がありますか	□ はい	□ いいえ	
□脳梗塞をおこしたことがありますか	□ はい	□ いいえ	
□心臓の病気がありますか 病名( )	□ はい	□ いいえ	
□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( )	□ はい	□ いいえ	
□自動車・バイク・自転車を運転して来られましたか	□ はい	□ いいえ	
□ピロリ菌の検査を受けたことがありますか 除菌( 年前)	□ はい	□ いいえ	
□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: )	□ はい	□ 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( )
<b>【確認方法】</b>	□お薬手帳 □カルテ □本人口頭 □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