

【 問 診 票 】

上部内視鏡検査（外来用）

※ 検査を円滑かつ安全に行うために、以下の質問にお答えください。あてはまる項目に○印・ご記入をお願いいたします。

氏名： _____ 様 年齢： _____ 歳 性別： 男性 ・ 女性

緊急連絡先： _____ 様（続柄： _____ ） 電話番号： _____

付き添い（有（ _____ 様（続柄： _____ ））・無 説明同席希望 有 ・ 無

	質問項目	回答
1	胃の内視鏡検査は初めてですか？ * 「いいえ」の方にお伺いします。何回目・何年ぶりですか。どちらで検査をなさいましたか？ (_____ 回目 ・ _____ 年ぶり)、 施設名 当院 ・ 他院：(_____)	はい ・ いいえ
2	食道または胃の手術を受けたことがありますか？ * 「はい」の方にお伺いします。手術名を教えてください。 手術名： _____	はい ・ いいえ
3	薬で気分が悪くなったり、アレルギーが出た経験がありますか？ * 「はい」の方にお伺いします。以下の該当する薬に「○」をつけてください。 ・ 歯の治療の麻酔薬 ・ アルコールなどの消毒薬 ・ 注射薬（ブスコパン、グルカゴン） ・ ヨード剤（イソジン） その他 (_____)	はい ・ いいえ
4	今までにかかったご病気はありますか？ * 「はい」の方にお伺いします。以下の該当する病気に「○」をつけてください。 心臓病 ・ 不整脈 ・ 緑内障 ・ 前立腺肥大症 ・ 糖尿病 ・ 脳梗塞 ・ てんかん 透析中 (シヤント 右 ・ 左 、最終透析日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)	はい ・ いいえ
5	「血液の流れを良くする薬」または「出血した場合血が止まりにくい」と説明を受けて内服しているお薬はありますか？ * 「はい」の方にお伺いします。以下のあてはまるお薬に「○」をつけてください。 ワーファリン ・ パナルジン ・ バファリン ・ バイアスピリン ・ プレタール エパデール ・ ペルサチン ・ プラビックス ・ その他 * 「はい」の方にお伺いします。そのお薬をこの検査のためにやめていますか？ (はい (_____ 年 _____ 月 _____ 日から薬を飲んでいない。) ・ いいえ)	はい ・ いいえ
6	血圧を下げるお薬を内服していますか？ * 「はい」の方にお伺いします。今朝、内服なさいましたか？ (はい ・ いいえ)	はい ・ いいえ
7	今日は、乗り物を運転するご予定はありますか？ * 「はい」の方にお伺いします。乗り物の種類は何ですか？「○」をつけてください。 (車 ・ バイク ・ 自転車 ・ その他 (_____))	はい ・ いいえ
8	体内に金属がありますか？ * 「はい」の方にお伺いします。どのような理由ですか？ (ペースメーカー ・ 交通事故 ・ その他 (_____))	はい ・ いいえ
9	はずせる義歯はありますか？ ※ 検査室に入室する時は、はずしてください。	はい ・ いいえ
10	ネックレス・指輪・腕時計・ヘアピン・ロッカーキー等を身に付けていますか？	はい ・ いいえ
11	補聴器を使用していますか？ * 「はい」の方にお伺いします。どちらか「○」をつけてください。(右耳 ・ 左耳)	はい ・ いいえ

* 確認看護師（受付看護師： _____ 、検査担当看護師： _____ ）