

内視鏡検査問診票

検査日 年 月 日

ID _____

氏名(カナ) _____ 様 生年月日 T・S・H 年 月 日 () 歳

身長/体重 [cm / kg] 最終排便 [月 日]

最終食事 [月 日 時頃 内容 :]

今まで内視鏡検査を受けたことはありますか	いいえ・はい (胃カメラ・大腸カメラ)
血液をサラサラにする薬を飲んでいますか	いいえ・はい (ワーファリン・リクシアナ・イグザレルト・エリキュース・オパールモン プラザキサ・パナルジン・プラビックス・コンプラビン・エフィエント プレタール・エパデール・バイアスピリン・その他)
心臓・血管系の病気はありますか (以下現在、治療中・治療後も含める)	いいえ・はい 【 不整脈・狭心症・心筋梗塞・その他() 】
ペースメーカーは入っていますか	いいえ・はい 【メーカー 設定】
脳血管の病気はありますか	いいえ・はい 【 脳梗塞・脳出血・その他() 】
緑内障はありますか	いいえ・はい
男性の方:前立腺肥大はありますか	いいえ・はい
糖尿病・褐色細胞腫はありますか	いいえ・はい
肺の病気はありますか	いいえ・はい (病名:)
甲状腺機能亢進症はありますか	いいえ・はい
肝臓の病気はありますか	いいえ・はい (病名:)
てんかんを起こした事がありますか	いいえ・はい
透析をしていますか	いいえ・はい (シャント 左・右)
血圧を下げる薬を飲んでいますか	いいえ・はい
手術をしたことはありますか	いいえ・はい ()
薬・食べ物・麻酔のアレルギーはありますか	いいえ・はい (麻酔薬・鎮静剤・造影剤・卵・大豆 アルコール綿・その他())
女性の方:妊娠の可能性ありますか	いいえ・はい
女性の方:授乳をしていますか	いいえ・はい
タバコは吸いますか	いいえ・以前吸っていた・はい
「以前吸っていた」・「はい」の方	本数: 本/日 ・ 年数: 年間
お酒はのみますか	いいえ・はい (種類・量・頻度: ml・ 回程度/週)
宗教上の理由で輸血などの制限はありますか	いいえ・はい
ピロリ菌の有無の検査はしましたか	いいえ・はい
「はい」の方 検査や治療の結果はどうでしたか	ピロリ菌指摘なし・除菌成功・除菌失敗 未治療・薬は飲んだが効果判定していない
本日付添の方はいらっしゃいますか	いいえ・はい (続柄:)

備考 :

確認事項 : 義歯 眼鏡 アクセサリー類 貼り薬類 補聴器 その他()

ロッカー No.