

上部消化管内視鏡 問診票

| | | | | | |
|------|--|----|-----|------|------------------|
| フリガナ | | 性別 | 男 女 | 生年月日 | 大正 昭和 平成 |
| 名前 | | | | | 年 月 日 生 (歳) |

◆ 内視鏡検査を安全に受けていただくためにお伺いします。□に✓を入れ、お答え下さい。

1. 本日の体調はいかがですか？

- 良い 悪い

BP : _____ / _____

2. 以前に胃内視鏡検査を受けたことがありますか？（当院以外でも）

- 初めて 2回目 何度もある

3. 過去にピロリ菌の検査を受けたことがありますか？

- はい いいえ わからない

4. ピロリ菌の検査を受けたことがある方にお伺いします。

- ピロリ菌はいなかった ピロリ菌がいたが、未治療 除菌治療を受けた
 除菌治療に失敗した 除菌治療は受けたが、除菌ができたか調べていない

5. 本日ピロリ菌検査をご希望されますか？

- 希望する 希望しない 医師の判断に任せる

6. 下記の病気がありますか？現在治療中の病気があれば、お選び下さい。

- 特になし
 高血圧症 狭心症 心筋梗塞 不整脈 脳梗塞・脳出血
 糖尿病 前立腺肥大症 緑内障 喘息
 その他 (_____)

7. 薬のアレルギーはありますか？

- はい (薬剤名 : _____)
 いいえ

8. 歯科麻酔で気分が悪くなったことがありますか？

- はい いいえ

9. ご自身で車・バイク・自転車を運転し、来院しましたか？検査後に運転する予定がありますか？

(はいに✓のある方は鎮静剤を使用できませんので、ご了承下さい)

- はい いいえ

検査を楽に受けていただくために鎮静剤の使用をご希望されますか？

- 希望する 医師と相談して決めたい 希望しない

◆ その他心配なことやお聞きになりたいことがございましたら、遠慮なくスタッフにご質問下さい。