外部予約

上部消化管内視鏡検査　問診票

枡病院患者ID(あれば)	カナ		性別	検査時年齢
	氏名	様		

こちらの問診票は内視鏡検査を事故なくスムーズに行うために必要な書類です
お手数ですが漏れなく記入していただけるようご協力お願いします
こちらの用紙は検査日の当日に必ず持参してください
ご不明な点は病院スタッフ、またはお電話でお申し付けください

病院記入欄	血圧	／	脈拍		MEMO	

同意書確認

以下の質問にお答えください。わからない場合は空欄で構いません。　*ボールペンでの記入をお願いします

		病院使用欄
1	今回の検査の目的は何ですか？　（　調子が悪い　定期検査　検診等の再検査　） 調子が悪い方はどのような症状ですか？　→（　　）	
2	今まで上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)を受けたことがありますか？　口で　鼻で　両方　いいえ 受けたことのある方は、前回の検査は大体いつごろでしたか？(　口　鼻　)(　枡病院で　他院で　　年ごろ　) その時の検査状況はいかがでしたか？　（　楽だった　普通　我慢できるくらい　非常につらかった　）	
3	麻酔剤やその他薬剤・造影剤によるアレルギーはありますか？　わからない　はい　いいえ 歯医者等で麻酔後、気分が悪くなったり、咳が止まらない等の症状を経験したことのある方は注意が必要です。 薬剤名がわかる場合は記入してください。（　　）	
4	抗凝固薬・抗血小板剤(血液をサラサラにするお薬)を普段飲んでいますか？　はい　いいえ 薬剤名がわかる場合は記入してください　。　（　　） わからない方はお薬手帳をお持ちください。	
5	今までに、腹部(婦人科領域も含む)の手術を受けたことがありますか？　はい　いいえ いつごろで、どんな手術でしたか？　（　　才ごろ:　　）（　　才ごろ:　　）	
6	新型コロナワクチンは何回接種しましたか？　接種していない　　回	
7	同居のご家族で現在新型コロナ感染症療養中の方はいますか？　はい　いいえ	
8	以下の病気はありますか？『はい』の方は病名に〇を付けてください　はい　いいえ 心臓病　狭心症　心筋梗塞　不整脈　高血圧症 糖尿病　インスリン治療　人工透析中　緑内障　ペースメーカー埋込	
9	男性のみ　前立腺肥大症と言われたことがありますか？ 女性のみ　妊娠の可能性がある、または授乳中ですか？　はい　いいえ	
10	ピロリ菌の検査を行ったことがありますか？　『はい』の方は以下からお選びください　わからない　はい　いいえ ピロリ菌が検出されたので除菌治療を行った　ピロリ菌が検出されたが何もしていない ピロリ菌が検出されたが除菌できなかった　ピロリ菌が検出されなかった	
11	検査を楽に行うために鎮静剤(眠るお薬)を希望しますか？　相談したい　はい　いいえ ＊ 保険適応で300円ほど追加になります。なお、担当医師の判断によっては使用できない場合があります。 ＊ 検査当日は、ご自分で自動車等の運転をしてのご帰宅は**厳禁となります**のでご注意ください。 ＊ 点滴を使用しながらの検査となり、終了後約1時間は院内にて安静にしていただきますのでご了承ください。 ＊ 鎮静剤で呼吸抑制などの副作用が生じるリスクがありますので、送迎・検査後の見守り等の付き添いが必要です。 以上のことを了承いただけない場合、鎮静剤は使えません。問診等に虚偽があった際の責任は負いかねます。	

医療法人　辰星会　枡病院　0243(22)2828