

胃内視鏡検査問診票

お名前 _____ 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◇以下の質問にお答えください。あてはまる項目に○を付けてください。

●胃カメラを受けたことがありますか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____

●胃の手術を受けたことがありますか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____

●血圧は高いですか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____

*はいと答えた方は、薬を飲んでいますか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____

●糖尿病ですか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____

●血液が固まりにくくなる薬（ワーファリン、バイスピリン、バファリン、エパデールなど）を飲んでいますか？

1.はい _____ 2.いいえ _____

*「はい」と答えられた方は、いつから休薬されましたか？ 月 _____ 日より休薬 / 休薬していない

●眼圧が高い（緑内障など）と言われたことがありますか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____

●尿が出にくかったり、前立腺肥大と言われたことがありますか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____

●心臓の病気（不整脈、狭心症、心筋梗塞など）がありますか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____

●肝臓の病気にかかったことがありますか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____

●歯の治療などの麻酔で、気分が悪くなったことがありますか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____

●薬の服用や注射で、気分が悪くなったり、アレルギーの症状が出たことがありますか？

1.はい _____ 2.いいえ _____

*「はい」と答えられた方は、薬品名と症状をお書きください。

薬品名 _____

症状・ じんま疹・喘息など呼吸困難・ショックなどの全身症状・その他 _____

●検査前日の夕食は、何時に済ませましたか？ _____ 時頃

[女性の方]

●現在妊娠中ですか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____ 3.可能性がある _____

●現在授乳中ですか？ 1.はい _____ 2.いいえ _____