上部内視鏡検査問診票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　記載日＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

☆問診票を記載いただいた後、上部内視鏡検査依頼用紙と一緒に FAX をお願いします。

☆　6. 休薬指示については医師/看護師が記載して、患者さんにお渡しください。

＜内視鏡を受ける方へ＞

項目	回答	説明者確認事項
1．緑内障（眼圧が高い）と言われたことがありますか？	いいえ　　はい	
2．尿切れが悪いなど前立腺肥大の症状はありますか？	いいえ　　はい	
3．薬でアレルギーはありますか？ （ヨード、イソジン、アルコール、キシロカインなど）	いいえ　　はい 薬剤名（　　）	＊ヨード、キシロカインの場合医師に報告する
4．脳梗塞・血栓症と言われたことはありますか？	いいえ　　はい 病名　（　　）	＊抗血栓薬を服用している可能性があるので注意する
5．狭心症・心筋梗塞・不整脈・心不全など心臓の病気をいわれたことはありますか？	いいえ　　はい 病名　（　　）	＊抗血栓薬を服用している可能性があるので注意する
6．抗血栓薬を服用していますか？ （バイアスピリン・ワーファリン・プレタール・パナルジンなど）	いいえ　　はい 薬剤名（　　） （　　） （　　）	・休薬なし ・休薬あり　(○をつけてください) 休薬指示 薬剤名＿＿＿＿＿＿ （　　月　　日から休薬） 薬剤名＿＿＿＿＿＿ （　　月　　日から休薬）
7. 抗血栓薬以外の、心臓の薬を服用していますか？	いいえ　　はい	当日の服用方法を聞いていない場合、医師に確認
8．高血圧の薬を服用していますか？	いいえ　　はい	当日の服用方法を聞いていない場合、医師に確認
9．糖尿病の治療を受けていますか？	いいえ　　はい	当日の服用方法を聞いていない場合、医師に確認
10．はずせる義歯はありますか？	いいえ　　はい	
11．胃を切る手術はしていますか？	いいえ　　はい	
12. 以前、胃カメラの検査で食べ物が残っていると言われたことはありますか？	いいえ　　はい	

☆医療機関を受診される場合は、薬の説明書をお持ち下さい