

(胃カメラ) 問 診 票

令和 年 月 日

患者番号 _____

氏 名 _____

胃カメラ、胃透視、造影剤使用CT 腎盂造影 内シャント造影 経鼻内視鏡

上記の検査を行うに当たり、以下の質問にお答え下さい。			
①	胃カメラか胃透視を受けたことがありますか？(胃カメラ ・ 胃透視)	ある	なし
	今回の検査は何回目ですか？	初めて	回目
	最後に胃カメラまたは胃透視をしたのはいつですか？(年 月 胃カメラ ・ 胃透視) それは(特定検診 ・ 一般外来)どちらですか？ どちらかに○をつけて下さい。		
②	以前の検査で何か言われたことがある方はお書き下さい。 [_____]	はい	いいえ
③	今までに下記の病気または症状があると言われた方はあてはまる所に○をつけて下さい。 ・心臓の病気(心筋梗塞・狭心症 など) ・高血圧または血圧が高い ・脳梗塞 ・緑内障または眼圧が高い ・前立腺肥大症または尿が出にくい ・糖尿病または血糖値が高い	はい	いいえ
④	鼻やのどの病気・ケガ・手術を受けたことがありますか？ どの様な内容ですか？ [_____]	はい	いいえ
⑤	手術を受けたことがありますか？ いつ頃？ 年 手術名 [_____]	はい	いいえ
⑥	現在透析中ですか？	はい	いいえ
⑦	現在、治療中の病気のある方、お薬を服用中の方はお書き下さい。 医療機関名： [_____] どの様なお薬ですか： [_____]	はい	いいえ
⑧	抗凝固剤、血液の流れを良くするお薬を飲んでいますか？	はい	いいえ
⑨	医師から「出血しやすいので気を付けて下さい」と言われてますか？ 理由 [_____]	はい	いいえ
⑩	今までに麻酔をしたことがありますか？ (例: 抜歯、怪我をして縫った 等)	はい	いいえ
⑪	麻酔で気分が悪くなったことはあればお書き下さい。 [_____]	はい	いいえ
⑫	喘息・アレルギー体質がありますか？	はい	いいえ
⑬	体に合わないお薬があればお書き下さい。 [_____]	はい	いいえ