

内視鏡検査問診票

お名前： _____

記載年月日：平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日

■内視鏡検査についてお聞きします。	
・これまで内視鏡検査を受けられたことはありますか？	あり・なし・覚えていない
・(受けたことがある方へ) 何か異常を指摘されたことがありますか？	あり・なし・覚えていない
診断名 (_____)	
・検査をより楽に受けていただくために鎮静剤を注射して検査を受けていただくことも可能です。鎮静剤の使用を希望されますか？	希望する・希望しない 当日医師と相談したい
■これまで以下の病気を治療もしくは指摘されたことがありますか？	
・心筋梗塞(バルーン拡張・ステント留置)・狭心症・心房細動	あり・なし・わからない
・脳梗塞	あり・なし・わからない
・前立腺肥大(男性のみ)	あり・なし・わからない
・緑内障	あり・なし・わからない
・気管支喘息	あり・なし・わからない
・甲状腺疾患(甲状腺機能亢進症)	あり・なし・わからない
・腹部手術 (_____)	あり・なし・わからない
■これまで以下のアレルギーを指摘されたことがありますか？	
・キシロカインアレルギー	あり・なし・わからない
・ヨードアレルギー	あり・なし・わからない
・ミント(ハッカ)アレルギー	あり・なし・わからない
・その他薬物アレルギー (_____)	あり・なし・わからない
■女性の方にお聞きします	
・現在妊娠の可能性はありますか？	あり・なし・わからない
・現在授乳をされていますか？	はい・いいえ
■現在内服されている薬はありますか？ (_____)	あり・なし
※ それらは何に対して処方されていますか？ 心筋梗塞・狭心症・不整脈(心房細動など)・高血圧・糖尿病・高脂血症・高尿酸血症 その他 (_____)	
※ お薬を処方されている医療機関はどこですか？ 医療機関名： _____ Tel： _____	