問診用紙(上部内視鏡検査を受けられる方へ)

患者ID　　氏名：　　様　年齢：　　歳　性別：

検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。　検査日：　　年　　月　　日

内視鏡検査を受けられたことがありますか？	はい　・　いいえ
＊「はい」とお答えの方： 以前上部内視鏡検査を受けたときに具合が悪くなったことがありますか？	はい　・　いいえ
心臓の病気はありますか？	はい　・　いいえ
＊「はい」とお答えの方、病名などおわかりであればお書きください。 ご病気名(不整脈・狭心症・心筋梗塞・その他　　)	
血圧が高いと言われたことがありますか？	はい　・　いいえ
血液を固まりにくくするお薬を飲んでいますか？	はい　・　いいえ
＊「はい」とお答えの方：①お薬の名前など、おわかりであればお書きください。 お薬名(ワーファリン・パナルジン・バファリン・その他　　) ②そのお薬はいつまで飲みましたか？　　月　　日まで飲みました	
緑内障(眼圧が高い)と言われたことがありますか？	はい　・　いいえ
糖尿病がありますか？	はい　・　いいえ
＊血糖値を下げるお薬やインスリン注射を使っていますか？	はい　・　いいえ
「はい」とお答えの方、今朝は使っていますか？	はい　・　いいえ
男性の方にお尋ねします。 前立腺肥大症(尿が出にくい)といわれたことがありますか？	はい　・　いいえ
女性の方にお尋ねします。 妊娠、または授乳中ですか？	はい　→→→　妊娠中（妊娠　　ヶ月）・ いいえ　妊娠の可能性あり・授乳中
今までに歯科の麻酔で具合が悪くなったことがありますか？	はい　・　いいえ
プロトポンプ阻害薬　(タケプロン、オメプラール、パリエット、ネキシウム、ランソプラゾール、タケキャブ　等)と言う胃薬を飲んでいますか？	はい　・　いいえ
その他、薬でアレルギー等が出現して具合が悪くなったことがありますか？	はい　・　いいえ
＊「はい」とお答えの方、薬の名前などおわかりであればお書きください。 (　　)	
上部内視鏡検査を受けられる方にお尋ねいたします ＊あなたの歯で入れ歯はございますか？	はい　・　いいえ

＊ 検査についてご不安やご要望があれば下記にご記入下さい。(太枠内は記入不要です。)

記入欄：	スタッフ確認サイン
	検査後運転（する・しない）
	当日朝食時（した・していない）
	独　歩　　（可・不可）