

ID :  
氏名 :

# 内視鏡検査問診表

安全に検査を受けていただくために、以下の質問にご協力ください。

検査日： 年 月 日

1. 今までに、内視鏡検査を受けたことがありますか？	はい・いいえ
「はい」と答えられた方にお尋ねします ※受けた検査を○で囲んでください	胃カメラ・大腸カメラ
2. 以前に内視鏡検査を受けたときに、気分が悪くなったことがありますか？	はい・いいえ
*「はい」と答えた方は、どのような症状がありましたか？ できるだけ詳しくご記入してください	
3. 既往歴についてお尋ねします	
* 糖尿病がありますか？	はい・いいえ
「はい」と答えた方は、お薬の名前をご記入ください( )	
* 高血圧がありますか？	はい・いいえ
* 緑内障(または、眼圧が高い)がありますか？	はい・いいえ
* 甲状腺機能亢進症がありますか？	はい・いいえ
* 狭心症・心筋梗塞・不整脈がありますか？	はい・いいえ
「はい」と答えた方は、服用している薬を下記から選んでください (ワーファリン・バイアスピリン・パナルジン・その他( ))	
※2剤以上服用の方は組織採取検査をお断りしています。	
* 男性の方にお尋ねします。前立腺肥大症がありますか？	はい・いいえ
4. 歯科治療の時の麻酔で気分が悪くなったことがありますか？	はい・いいえ
5. お薬のアレルギーがありますか？	はい・いいえ
「はい」と答えた方は、お薬の名前をご記入ください( )	
※アレルギーカード・お薬手帳がありましたら、ご提示ください	
6. 鎮静剤の使用は希望しますか？	はい・いいえ
7. 内視鏡検査について不安に思われていることや、ご質問がありましたらご記入ください	

★ ご協力ありがとうございました

浜松労災病院 内視鏡室