

上部内視鏡検査問診票

患者氏名

生年月日

下記の問診の《はい・いいえ》に○を付けてください。

問診日：

問	・心筋梗塞、狭心症、不整脈等の心疾患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薬(ワーファリン・バファリン・バイアスピリン・パナルジン等)を服用されていますか？ ※はいと答えた方は、薬品名を書いてください。	はい ・ いいえ 薬品名 ()
	・現在服用中で、薬品名がわからない方は、処方されている医師にご相談ください。 《確認事項》 <input type="checkbox"/> 内服中 <input type="checkbox"/> 月 日から中止	
	・眼圧が高い(緑内障)と言われたことがありますか？	はい ・ いいえ
	・男性の方へ、前立腺肥大症と言われたことがありますか？	はい ・ いいえ
	・女性の方へ、現在、(妊娠)、(妊娠の可能性)、(授乳中)ですか？	はい ・ いいえ
	・お薬のアレルギーはありますか？ ※はいと答えた方は、薬品名を書いてください。	はい ・ いいえ 薬品名 ()
	・歯の治療の際、麻酔の注射で気分が悪くなったことはありますか？	はい ・ いいえ
	・糖尿病と言われたことがありますか？	はい ・ いいえ
診	・上部内視鏡検査を受けたことはありますか？ ※はいと答えた方は、回数を書いてください。	はい ・ いいえ 当院 ()回 他院 ()回
	・経鼻内視鏡を受けられる方へ、現在、耳鼻科で治療されていますか？ また、過去に鼻の治療(鼻骨骨折等)をされたことはありますか？	はい ・ いいえ
	・ピロリ菌の検査をしたことがありますか？	はい ・ いいえ (陰性 ・ 陽性)
	・ピロリ菌陽性で除菌療法をしましたか？ ※はいと答えた方は、いつ頃受けられましたか	はい ・ いいえ (年 月)