

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 診	<ul style="list-style-type: none"> 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？ 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？ <p>※はいと答えた方は、薬品名を書いてください。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>《確認事項》 <input type="checkbox"/> 内服中 <input type="checkbox"/> 月 日から中止</p>	<p>はい • いいえ</p> <p>はい • いいえ</p> <p>薬品名 ()</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 眼圧が高い(緑内障)と言われたことがありますか？ 男性の方へ、前立腺肥大症と言われたことがありますか？ 女性の方へ、現在、(妊娠)、(妊娠の可能性)、(授乳中)ですか？ 	<p>はい • いいえ</p> <p>はい • いいえ</p> <p>はい • いいえ</p>
	<ul style="list-style-type: none"> お薬のアレルギーはありますか？ <p>※はいと答えた方は、薬品名を書いてください。</p>	<p>はい • いいえ</p> <p>薬品名 ()</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 歯の治療の際、麻酔の注射で気分が悪くなつたことはありますか？ 糖尿病と言われたことがありますか？ 	<p>はい • いいえ</p> <p>はい • いいえ</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 上部内視鏡検査を受けたことはありますか？ <p>※はいと答えた方は、回数を書いてください。</p>	<p>はい • いいえ</p> <p>当院 ()回</p> <p>他院 ()回</p>
	<ul style="list-style-type: none"> 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？ 	<p>はい • いいえ</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ピロリ菌の検査をしたことがありますか？ 	<p>はい • いいえ</p> <p>(隆性 • 陽性)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ピロリ菌陽性で除菌療法をしましたか？ <p>※はいと答えた方は、いつ頃受けられましたか</p>	<p>はい • いいえ</p> <p>(年 月)</p>