

胃カメラ検査問診票

ID: _____ お名前: _____ 様

検査は 月 日 曜日 : です

胃カメラ検査をより安全に受けていただく為に次の質問にお答えください。

1. これまでに胃カメラ検査を受けたことがありますか (はい いいえ)
はいと答えた方へ (当院 他院) いつ頃 ()
2. 狭心症・心筋梗塞・不整脈など心臓のお薬を服用されていますか (はい いいえ)
(病名:)
3. 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)
4. おしっこが出にくかったり、前立腺肥大症と言われたりしたことがある (はい いいえ)
5. 甲状腺機能亢進 (バセドウ病) または、糖尿病と言われた事がありますか (はい いいえ)
6. 高血圧の治療を受けていますか (はい いいえ)
7. その他の持病がありますか (はい いいえ)
(病名:)
8. 現在、抗凝固剤・抗血小板剤などの血を固まらせなくする薬 (バファリン、パナルジン、ワーファリン等) を服用されていますか (はい いいえ)
(薬剤名:)
9. その他の常用薬がありますか (はい いいえ)
(薬剤名:)
10. 薬や注射、ヨード等で気分が悪くなったり、蕁麻疹が出た事がありますか (はい いいえ)
(薬剤名:)
11. 女性の方に伺います。現在、妊娠しているか、授乳中ですか (妊娠中 授乳中 不明 いいえ)
12. 検査の結果、追跡検査が必要な場合には、次回から郵送にて検査案内のご連絡をさせて頂いてもよろしいですか? (はい いいえ)

胃カメラ承諾書

このたび、胃十二指腸内視鏡検査を受けますが、その内容及び関連事項の説明を受け納得しましたので、その実施を承諾します。

令和 年 月 日 本人ご署名: _____

家族または代理人の場合のご署名

(続柄:)

ことぶきクリニック
院長 寿 忠 秀