

## 内視鏡検査 問診票（経口・経鼻）

氏名： \_\_\_\_\_ 様 年齢： 歳 体重： \_\_\_\_\_ Kg

緊急時連絡先(本人以外): TEL \_\_\_\_\_ (氏名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_)

① 現在、治療中の病気はありますか。	<input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 重症筋無力症 <input type="checkbox"/> 全てなし
② 内服中の薬の名前をお書き下さい。 (お薬手帳を持参して下さい。)	薬剤名
③ 抗凝固薬・抗血小板薬(血液をさらさらにする)を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい 薬剤名[ _____ ] <b>※病理検査は医師の判断により出来ないことがあります</b> <input type="checkbox"/> いいえ
④ 薬のアレルギー・麻酔薬(キシロカイン)アレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬剤名[ _____ ]
⑤ ピロリ菌の除菌を受けたことがありますか。 除菌治療を受けましたか。 <b>※ピロリ菌とは</b> 胃、十二指腸潰瘍、胃がんのリスクとなりえる菌。 検査で見つかった場合、除菌治療(1週間ほど抗生剤などの内服治療)を行います。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(□一時除菌 □二次除菌) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 成功(いつ: _____) <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 不明
⑥ 内視鏡検査は経口(口から)と経鼻(鼻から)から選べます。 どちらを希望されますか。	<input type="checkbox"/> <b>経口</b> <input type="checkbox"/> <b>経鼻</b>
⑦ 経口から内視鏡検査を希望される方のみ鎮静剤の使用を選べます。 <b>※鼻からの検査の場合鎮静剤は使用していません。</b>	<input type="checkbox"/> 鎮静剤を希望する <input type="checkbox"/> 鎮静剤希望しない <b>※車やバイクの運転で来院の方は鎮静剤を使用することが出来ません。</b>
⑧ 開業医様からのご紹介の方のみ、希望日を診療情報提供書(FAX 紹介予約申込書)にご記入下さい。 ※但し、ご希望に添えない場合はこちらからお電話させていただきます。	

ご記入ありがとうございます。

【ときわ病院】

TEL:0794-85-2304 FAX:0794-85-3868