

胃カメラ問診票

病診連携

- 検査を安全に行うために、下記の質問にお答え下さい。
- 署名をして、検査前の外来受診の際、医師に提出して下さい。
- わからない事がありましたら、かかりつけの医師にお尋ね下さい。

- 1) 胃カメラを受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
 「はい」と答えられた方は、前回の検査方法を選んでください。 (経口 ・ 経鼻)
- 2) 鼻の病気や狭窄があるといわれたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 3) 前日の夜9時から絶食していますか？ (はい ・ いいえ)
- 4) 心臓が悪い(心筋梗塞・狭心症・不整脈)といわれたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 5) 目の病気で眼圧が高い(緑内障)といわれたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 6) 糖尿病で治療している、もしくは糖尿病の疑い(血糖が高い)がありますか？ (はい ・ いいえ)
- 7) 褐色細胞腫と言われたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 8) これまでに薬を服用、注射・点滴・局所麻酔(歯医者の治療や傷の縫合)を受けた時に、
 発疹などのアレルギー症状やショック、気分不良を経験したことがありますか？ (はい ・ いいえ)
 (はい)と答えられた方→ 薬の名前は？ ()
 どのようなときに使用した薬ですか？ ()
- 9) 必要時、生検(病変部の組織を採取)を希望しますか？ (はい ・ いいえ)
- 10) 普段、血の流れをよくする薬を飲んでいますか？ (はい ・ いいえ)
 「はい」と答えられた方は、服用している薬を○で囲むか、薬品名をご記入下さい。
 ・ワーファリン ・ペルサンチン ・パナルジン ・プレタール ・エパデール
 ・カルナクリン ・プロサイリン ・アンブラーグ ・バイアスピリン ・プラビックス
 ・オパールモン ・プラザキサカプセル ・その他()
 服薬されている方で中止されている場合、いつから中止していますか？ 月 日から
- 11) 男性の方にお聞きします。
 尿が出にくい、又は前立腺肥大と言われたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 12) 女性の方にお聞きします。該当するものがあれば○で囲んでください。
 ・授乳中 ・妊娠中 ・妊娠している可能性がある

記入日 年 月 日 患者様氏名 (自署) _____
 患者様が未成年または自署できない場合は、代理人(続柄) _____
 代理人のお名前と続柄をご記入下さい。 ()

内視鏡記入欄(病院スタッフ記入欄)

前処置薬品(○で囲む)				指示医サイン	実施Ns.サイン
スプラミン	グルカゴン	ミンクリア	前投薬なし		
検査前血圧	/ mmHg		脈拍	/分	
前処置開始時間 (麻酔薬剤)	時	分			
(前投薬)	時	分			
検査後血圧	/ mmHg		脈拍	/分	

全身状態観察項目

嘔気	(有り ・ 無し)	
嘔吐	(有り ・ 無し)	
気分不良	(有り ・ 無し)	

患者様ID:

検査日 月 日

加納総合病院 内視鏡室