

# おかやま内科クリニック 内視鏡問診票

記入日 令和 年 月 日

フリガナ			
氏名		年齢	才

安全かつ楽に検査が行えるよう以下の質問にお答えください。

1	歯医者さんの麻酔で気分が悪くなったり痙攣したことがありますか？	はい	いいえ
2	内視鏡検査（胃カメラ）を受けたことがありますか？	はい	いいえ
3	2)で「はい」と答えた方 胃カメラを受けられた方…鼻からですか？ 口からですか？ 内視鏡検査時、検査後に具合が悪くなったことがありますか？ (吐き気 ・ めまい ・ さむけ ・ 飲み込みにくい ・ その他)	鼻 はい	口 いいえ
4	今までに薬を飲んだり、注射をした時に、嘔吐、下痢、じんましんなどアレルギー症状を起こしたことがありますか？	はい	いいえ
	「はい」と答えた方で薬品名がお分かりになれば記入して下さい。( )		
5	心臓の病気はありますか？	はい	いいえ
	「はい」と答えた方… (不整脈 ・ 狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ その他)		
6	眼圧が高いと言われたり、緑内障の診断を受けていますか？	はい	治療中 いいえ
7	男性の方… 尿が出にくかったり、前立腺肥大の診断を受けていますか？	はい	治療中 いいえ
8	糖尿病はありますか？	はい	治療中 いいえ
9	高血圧症と言われたことがありますか？	はい	治療中 いいえ
10	血をさらさらにするお薬を飲んでいますか？	はい	いいえ わからない
	「はい」と答えた方… (バファリン ・ ワーファリン ・ バイアスピリン ・ その他)		
11	ピロリ菌の検査を受けられたことがありますか？	はい	いいえ
	「はい」とお答えの方、結果はいかがでしたか？		
	陽性(+)とお答えの方、除菌治療は？ 施行せず ・ 施行〔成功(いつ) ・ 不成功〕		
12	鼻の病気はありますか？ (花粉症、鼻炎、蓄膿症など)	はい	治療中 いいえ
13	胃カメラの方で鼻腔が狭い場合、口からのカメラに変更となります。ご了承いただけますか？	はい	いいえ
14	本日（検査の当日）はご自身で車、バイク、自転車を運転されて来院されましたか？ また、検査後運転の予定はありますか？	はい	いいえ
15	検査を楽に行うための注射での鎮静剤を希望されますか？ (検査当日は検査後運転は出来ません。薬の影響で検査前後の一部記憶が無くなる場合がありますが異常ではありません。)	はい いいえ	相談 したい
16	検査に際して、ご希望やご質問があればお書きください。		