

上部内視鏡検査問診表

お名前 _____ 年齢 ____ 才

1. 現在の症状について教えてください。

2. 上部内視鏡(胃)検査についてお伺いします。

(1) 上部内視鏡検査を受けたことはありますか？ 初回 ____回目
 前回検査の印象を教えてください。 楽だった 辛かった 覚えていない

(2) これまでの内視鏡検査で何か指摘がありましたか？ いいえ はい (_____)

(3) 鎮静剤(苦痛を和らげる薬)の使用を希望しますか？ いいえ はい

(4) 本日、ご自身で車・バイク・自転車を運転する予定がありますか？ いいえ はい

※「はい」とお答え頂いた方は、鎮静剤の使用が出来ませんので、ご了承願います。

(5) 義歯・矯正器具はありますか？ なし あり (外して検査・外さず検査)

3. ピロリ菌についてお伺いします。

(1) ピロリ菌の検査を受けたことがありますか？ なし あり (陰性・陽性)

(2) 除菌治療を受けたことがありますか？ なし あり (成功・不成功・未確認)

4. 病気についてお伺いします。

(1) 心臓病を患ったことはありますか？ なし あり
 ・病名 (狭心症・心筋梗塞・心房細動・不整脈・その他)
 ・治療 (スtent留置・ペースメーカー・アブレーション・手術・内服)

(2) 緑内障または、眼圧が高くありませんか？ なし あり (内服・点眼・経過観察中)

(3) 高血圧 なし あり (内服・経過観察中)

(4) 糖尿病 なし あり (内服・インスリン・手術・経過観察中)

(5) 気管支喘息 なし あり (内服・吸入・経過観察中)

5. 男性の方へお伺いします。

前立腺肥大症ですか？ なし あり (内服・手術・経過観察中)

6. 女性の方へお伺いします。

(1) 現在、妊娠の可能性ありますか？ なし あり (鎮静剤等の使用が出来ません)

(2) 現在、授乳期間中ではありませんか？ なし あり (授乳中止期間が必要になります)

7. 内服薬についてお伺いします。

(1) 内服している薬はありますか？ なし あり (_____)

(2) 今日、お薬は飲みましたか？ なし はい (_____)

(3) 血液をサラサラにするような薬を内服していますか？ なし はい

薬名 (ワーファリン・プラザキサ・イグザレト・エリキュース・リクシアナ・バイアスピリン
 バファリン・プラビックス・パナルジン・エパデール・その他 _____)

このお薬は、何の病気のために内服していますか？ 病名 (_____)

(4) 医師から休薬の指示がありましたか？ なし あり (____ 月 ____ 日より休薬中)

(5) ヨード剤、造影剤、歯科麻酔、アルコール綿、ブスコパン等の薬品にアレルギーはありますか？
 なし あり

8. 手術を受けられたことがありますか？ なし あり (_____ 年 ____ 月)

消化器系 病名 (_____ (開腹・腹腔鏡・内視鏡))

乳腺系 病名 (_____ (右・左))

※処置可能側 (右・左・両)

下記、ご記入願います。

喫煙について

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①吸わない | <input type="checkbox"/> ①10年未満 | <input type="checkbox"/> ①10本未満 |
| <input type="checkbox"/> ②過去喫煙歴有 | <input type="checkbox"/> ②10～20年 | <input type="checkbox"/> ②10～20本 |
| <input type="checkbox"/> ③喫煙する | <input type="checkbox"/> ③20年以上 | <input type="checkbox"/> ③20本以上 |

アルコールについて

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ①飲まない | <input type="checkbox"/> ①週1回以下 | <input type="checkbox"/> ①1本未満 |
| <input type="checkbox"/> ②禁酒中 | <input type="checkbox"/> ②週2～5回 | <input type="checkbox"/> ②1～3本 |
| <input type="checkbox"/> ③飲酒する | <input type="checkbox"/> ③週6回以上 | <input type="checkbox"/> ③4本以上 |

飲酒した時に、顔が赤くなりますか？ はい いいえ

ビール1本 = ウイスキーW1杯 = 日本酒1合 = ワイン1杯

胃の薬について

現在胃の薬を飲んでますか？ はい 薬剤名 ()
 いいえ

～ 医療者記入欄 ～

実施確認

- 同意書 ガスコン水 身長 cm 体重 kg 血圧 /
- キシロカイン (:)
- インジゴ ルゴール テトキソール ミンクリア ピロリ菌検査 あり 除菌治療済
 生検 除菌治療未
- 酸素 L 時間 分 なし
- その他処理
-
- 鎮静／鎮痙 O mg R mg / B G
- 血圧再検査依頼 検査終了時 / → リカバリー後 /
- UBT検査
- 処方 薬剤名 1日 日分
 薬剤名 1日 日分
- 凝固剤開始日 / ～再開