

# 上部内視鏡検査問診表（経鼻）

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) 鼻からの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はありますか？  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（ステント留置・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、妊娠の可能性はありますか？  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  あり〔 \_\_\_\_\_ 〕

(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・イグザレクト・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・エバデル・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 \_\_\_\_ 日より休業中）

(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）

## 9. 鼻の状態についてお伺いします。

(1) 今、鼻づまりはありますか？  いいえ  はい

(2) 鼻の病気はありますか？  いいえ  はい

・病名：鼻炎・鼻中隔湾曲症・副鼻腔炎・その他（ \_\_\_\_\_ ）

(3) 鼻の手術を受けたことがありますか？  いいえ  はい

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