

# 上部消化管内視鏡検査 問診票

ふりがな

患者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女

1. 今までに上部消化管内視鏡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  
以前検査を受けた時に具合が悪くなったことがありますか？ ( はい ・ いいえ )  
( 具体的に : \_\_\_\_\_ )

## 【 病気についてお尋ねします。】

2. 心臓の病気はありますか？ ( はい ・ いいえ )  
( 狭心症、 心筋梗塞、 不整脈、 その他 )  
ペースメーカーは入っていますか？ ( はい ・ いいえ )
3. 緑内障 (眼圧が高い) はありますか？ ( はい ・ いいえ )
4. 糖尿病はありますか？ ( はい ・ いいえ )  
( 内服治療中、 インシュリン治療中、 その他 )
5. 男性の方のみ：前立腺肥大と言われた事はありますか？ ( はい ・ いいえ )

## 【お薬についてお尋ねします。】

6. 常用しているお薬がありますか？ (当日、お薬手帳を持参下さい) ( はい ・ いいえ )
7. 薬剤、麻酔剤 (キシロカイン) によるアレルギーはありますか？ ( はい ・ いいえ )
8. 抗凝固剤、抗血小板薬 (血液をサラサラにするお薬) は飲んでいませんか？ ( はい ・ いいえ )

※ワーファリン服用中の方は当日採血があります。

検査当日は血圧測定をお願いします。

### 《 検査前 》

血圧 脈拍

前処置確認  
排便回数 ( ) 回  
最終排便に残渣がない ( )

### 《 検査後 》

血圧 脈拍

腹痛 ( 有 無 )  
 血便 ( 有 無 )

嘔気 ( 有 無 )  
 嘔吐 ( 有 無 )

ワーファリン服用者 PT-INR ( )

前投薬：スポラミン      グルカゴン      不要      指示医師サイン ( )

### 内視鏡実施欄

スポラミン 1m l      グルカゴン 1m l      筋注      ・      不要      内視鏡看護師サイン ( )