

胃力メラ問診票

予約日 月 日 () 時 分

予約時間の10分前までにご来院下さい。

検査は予約優先にて行いますが、外来診察が混んでいるときは遅れることもあります
ご了承ください。ご都合が悪くなってキャンセルされる場合は早めにご連絡ください。

胃カメラを受けていただくために以下の質問にお答え下さい。

1. 今までに次の病気を指摘されたことがありますか？
糖尿病、心疾患 (なし ・ ある)
2. アレルギー体質(薬物、喘息)はありませんか？
(なし ・ ある)
3. 歯医者さんの麻酔で気分が悪くなったことがありますか？
(なし ・ ある)
4. 脳梗塞 心筋梗塞などで血をサラサラにする薬をのんでいませんか？
(なし ・ ある)
5. 胃カメラをしたことは今日で何回目ですか？ (初めて、2回目、3回以上)
6. とれる入れ歯はありませんか？ (なし ・ ある)
7. 胃カメラをしたときに、もし異常があれば組織検査(胃の粘膜を少しとって顕微鏡で調べる検査)を行いますか？ (希望する ・ 受けたくない)
8. 胃カメラのとき、のどの局所麻酔のほかに、軽い鎮静剤を使って楽に検査を受けていただく方法があります。ふらつきや眠気が残るため検査後約1時間休んで帰っていただきます。この鎮静剤を使いますか？
(希望する ・ 受けたくない)
9. 鼻からの内視鏡検査を希望されますか
(希望する ・ 受けたくない)
- 鼻からの内視鏡を希望される場合
- 1) 抗凝固剤を飲んでいますか？
- 2) 肝臓病などで血が止まりにくいことはありませんか？
- 3) 鼻血がよく出ますか？
- 4) アレルギー性鼻炎など鼻の病気はありますか？
- 5) 非常に血圧が高い
(全てなし ・ あり)
10. ヘリコバクターピロリ菌の検査を受けたことがありますか？
- ☐ 検査をしたことがない
- ☐ 検査してピロリ菌が見つかった
- ☐ 検査したがピロリ菌は見つからなかった
- ☐ ピロリ菌の除菌を行い(成功した、失敗だった、成否は不明)

お名前