

胃内視鏡検査 問診票

【内視鏡検査について】

※今まで内視鏡検査を受けたことがありますか？

ない ・ ある ⇒ どこで受けましたか？ 当院で ・ 他院で ( ) 年前に

※ 前回の検査で指摘された病気・異常はありましたか？(例:胃炎 ポリープなど)

ない ・ ある ⇒ 具体的に( )

※ 義歯など外せる歯はありますか？

ない ・ ある

【検査にあたってのお薬について】

※下記のうち該当するものはありますか？

ない ・ ある ⇒ (該当するものに○をつけてください)

不整脈 高血圧 糖尿病 妊娠中 授乳中

※ 上記以外に、治療中・内服中の病気はありますか？

ない ・ ある ⇒具体的に( )

※血を固まりにくくするお薬を飲んでいますか？

いいえ ・ はい ⇒ 薬の名前( )

#例:バイアスピリン ワーファリン プラザキサ エパデールなど

※麻酔薬による副作用やお薬のアレルギーはありますか？(歯科麻酔・ヨードなど)

ない ・ ある ⇒ 薬の名前( ) 症状( )

患者様ご住所 〒

---

患者様電話番号

患者様氏名

---