

上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)問診票

患者氏名: _____

1. 今回の検査目的(複数可)

- ☐ 症状がある()
☐ 健康診断異常 ☐ 経過観察 ☐ その他()

2. 現在の症状(複数可)

- ☐ なし
☐ 胃痛 ☐ 胸やけ ☐ 吐き気 ☐ のどのつかえ感
☐ 黒色便 ☐ 貧血 ☐ 体重減少 ☐ その他()

3. 胃カメラを受けたことがありますか

- ☐ なし ☐ あり(年前・医療機関:)

4. 胃カメラで具合が悪くなったことがありますか

- ☐ なし ☐ あり()

5. 薬剤アレルギーがありますか

- ☐ なし ☐ あり()

6. 現在治療中の病気がありますか(複数可)

- ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 心臓病 ☐ 脳卒中
☐ 呼吸器疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 腎疾患
☐ その他()

7. 血液をさらさらにする薬を服用していますか

- ☐ なし ☐ あり(薬剤名:)

8. 糖尿病の薬(内服・インスリン)を使用していますか

- ☐ なし ☐ あり()

9. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか

- ☐ なし ☐ あり ☐ 該当なし

10. 鎮静を希望されますか

- ☐ 希望する ☐ 希望しない

記入日: 年 月 日