

上部消化管内視鏡検査のための問診票

年 月 日 氏名 _____

以下の質問で当てはまる項目に☑印、○印をつけてください。

① 今まで、内視鏡検査を受けたことがある

ない ある

ある方: 上部消化管内視鏡 下部消化管内視鏡 超音波内視鏡 気管支鏡 _____

② 麻酔薬(キシロカイン)、鎮静剤、鎮痛剤にアレルギーがある

ない ある

ある方: 薬剤名: _____

③ 以下の薬に副作用/アレルギーがある

ない ある ある方: アルコール ブスコパン グルカゴン ヨード _____

④ 以下の病気がある

ない ある

ある方: 狭心症・不整脈等の心疾患 緑内障 前立腺肥大症 糖尿病 _____

高血圧症 てんかん がん (_____)

他: _____

⑤ 両親、兄弟・姉妹・実子にがんの家族歴がある

ない ある

ある方: だれが _____ 病名 _____

⑥ 抗血栓薬(抗血小板薬、抗凝固薬)を内服している

例:バイアスピリン/ワルファリン/プラザキサ/イグザレルト/エリキュース/プラビックス/
パナルジン/プレタール等

いない いる

いる方: **薬剤名※必ず記入※** _____

⑦ ペースメーカーが挿入されている

いない いる

⑧ タバコを吸っている

いない 吸っている 吸っていたがやめた

⑨ 酒を飲んでいる

いない 毎日 週3日以上 週2日以上

⑩ **女性の方のみ** 現在 妊娠中、または妊娠の可能性がある、授乳中である

ない ある 妊娠(_____ ヶ月) 可能性あり 授乳中

⑪ ヘリコバクター・ピロリ菌検査

陽性除菌未 除菌成功 除菌失敗 陰性 未検

その他(詳細不明、除菌判定前など)