

患者情報

フリガナ：

ID： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 様

検査日時

\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

検査を安全に受けていただくために、下記の質問にお答えください。胃(上部)内視鏡検査の方は①③を記入、大腸(下部)内視鏡検査の方は②③を記入、両方の方は①～③を記入してください。

①	胃(上部)内視鏡検査の経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(いつ頃 ) <input type="checkbox"/> 他院( ) <input type="checkbox"/> 当院
	ピロリ菌の検査を受けたことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> はい(いつ頃 ) <input type="checkbox"/> 陰性だった <input type="checkbox"/> 陽性だった→ <input type="checkbox"/> 除菌した ↓ <input type="checkbox"/> 成功した(いつ ) ↓ <input type="checkbox"/> 不成功 <input type="checkbox"/> 除菌 未 <input type="checkbox"/> 不明
	【胃薬内服中の方へ】 下記の服用はしていますか 例：オメプラゾール・タケプロン・パリエット ネキシウム・タケキャブ・ランソプラゾールなど	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (薬剤名： )
②	大腸(下部)内視鏡検査の経験はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい(いつ頃 ) <input type="checkbox"/> 他院( ) <input type="checkbox"/> 当院
③	持病(既往歴)はありますか 上記質問で、「はい」とお答えになった方は、該当する内容について教えてください。	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 狭心症 <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 緑内障(眼圧が高い) <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大(尿が出にくい) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他( )
	手術歴はありますか 例：盲腸・帝王切開・胃切除・胆のう切除 骨折(ボルトが左大腿部に入っている)	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 病名( ) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 体内金属( )
	安定剤・眠剤(睡眠導入剤)を服用していますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい (薬剤名： )
	血液を固まりにくくする薬(抗血栓薬)を服用していますか 例：ワーファリン・パナルジン・バイアスピリン エリキュース・プラビックス・プレタール ロトリガ・オパルモンなど	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい [ 薬剤名： ]
	内視鏡検査や歯の治療で麻酔を受けたとき、具合が悪くなったことや薬剤アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい [ 薬剤名： ]
	女性の方のみお答えください 妊娠の可能性がある、妊娠中、授乳中ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> 可能性 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
	内視鏡検査を受けるにあたり、気になることはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい [ 内容： ]

検査当日、この問診票を病院受付にお持ちください。

連携用 20220312 初版