

<上部消化器内視鏡観察検査問診票>

ID 氏名 検査日 年 月 日

- 1 上部消化管内視鏡検査を受けられたことはありますか : はい ・ いいえ
- 2 狭心症、心筋梗塞、その他の心臓の病気といわれたことがありますか : はい ・ いいえ
- 3 前立腺肥大がありますか : はい ・ いいえ
- 4 緑内障といわれたことがありますか : はい ・ いいえ
- 5 糖尿病でインスリンの使用や内服薬を服用されていますか : はい ・ いいえ
- 6 高血圧の薬は服用されていますか : はい ・ いいえ
- 7 脳卒中を起こしたことがありますか : はい ・ いいえ
- 8 血の止まりにくい薬を服用されていますか(ワーファリン、バファリンなど) : はい ・ いいえ
- 9 睡眠薬、精神安定剤を服用されていますか : はい ・ いいえ
- 10 てんかんの薬を服用されていますか : はい ・ いいえ
- 11 歯の治療で麻酔の注射で具合が悪くなったことがありますか : はい ・ いいえ
- 12 薬・食べ物・麻酔のアレルギーはありますか : はい ・ いいえ
- 13 手術をしたことがありますか : はい ・ いいえ
- 14 透析や手術のために血圧計を巻いてはいけない腕はありますか
: はい(右腕 ・ 左腕) ・ いいえ
- 15 鎮静剤の注射を希望されますか : はい ・ いいえ
- 16 検査前にお薬を止めていただく必要のある方にお聞きします。いつからお薬を休止しましたか
休止するのを忘れた ・ () 日から飲んでいない ・ 今朝飲んでいない
- 17 妊娠、またはその可能性がありますか : はい ・ いいえ
- 18 輸血を必要とする治療になった場合、同意されますか : はい ・ いいえ
- 19 喫煙をしますか : はい ・ いいえ ・ 以前吸っていた
- 20 飲酒をしますか : はい(毎日・時々) ・ いいえ
- 21 ご自身 または 血縁の方で、がんにかかれた方はいますか : はい ・ いいえ
- 22 MR I 検査の予約(予定)はありますか : はい ・ いいえ
- 23 検査前に聞きたいことや伝えておきたいことがありますか

同じ質問をお聞きしていますが、確認のため必要ですのでご記入よろしくお願ひします。

【以下の欄は、検査・治療当日看護師が記入しますので、記載は不要です】

- 1 同意書・問診票の受け取り・内容の確認 (あり ・ なし) Nsサイン
- 2 21時以降の絶食 (あり ・ なし)
- 3 内服薬変更 (あり ・ なし)
- 4 来院手段 (徒歩 ・ 公共交通機関 ・ 自転車 ・ バイク ・ 自分で運転 ・ 送迎 ・ タクシー)
- 5 付添 (あり ・ なし)
- 6 義歯 (あり ・ なし)
- 7 検査前バイタル 血圧 / mmHg、 脈拍、 回、 SP02 %
- 8 血糖値 mg/dl
- タイムアウト Drサイン Nsサイン