

＜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 | 本日の体調はいかがですか | 良い | あまり良くない | 悪い |
| 2 | 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 | | |
| 3 | 本日の検査・治療について理解されていますか | : いいえ ・ はい | | |
| 4 | 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 | | |
| 5 | 高血圧の薬は飲まれていますか | : はい ・ いいえ | | |
| 6 | 脳卒中を起こしたことがありますか | : はい ・ いいえ | | |
| 7 | 緑内障といわれたことがありますか | : はい ・ いいえ | | |
| 8 | 糖尿病でインスリンや内服薬を服用されていますか | : はい ・ いいえ | | |
| 9 | 前立腺肥大がありますか | : はい ・ いいえ | | |
| 10 | 血の止まりにくい薬を飲んでいませんか(ワーファリン、バファリンなど) | : はい ・ いいえ | | |
| 11 | 睡眠薬、精神安定剤を服用していますか | : はい ・ いいえ | | |
| 12 | てんかんの薬を服用していますか | : はい ・ いいえ | | |
| 13 | 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 | | |
| 14 | 薬・食べ物・麻酔のアレルギーはありますか | : はい ・ いいえ | | |
| 15 | 手術をしたことがありますか | : はい ・ いいえ | | |
| 16 | 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 | | |
| 17 | 透析をされていますか | : はい ・ いいえ | | |
| 18 | 鎮静剤の注射を希望されますか | : はい ・ いいえ | | |
| 19 | 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 | | |
| 20 | 妊娠、またはその可能性がありますか | : はい ・ いいえ | | |
| 21 | 輸血を必要とする治療になった場合、同意されますか | : いいえ ・ はい | | |
| 22 | 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 | | | |

検査当日、ご記入の上ご持参下さい

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) | |
| 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 |