

胃内視鏡検査

氏名 _____ 殿 カルテ番号： _____

□検査日：あなたの検査日は _____ 月 _____ 日（ _____ 曜日 午前・午後）です。

□検査時間：（午前・午後） _____ 時 _____ 分までにご来院ください。

検査は予約制になっておりますので、都合が悪くなった方は前もってご連絡ください。

1. 胃内視鏡検査の希望

□経鼻内視鏡：

咽頭反射の強い方に向いています。鼻腔が狭いとスコープが通過しなかったり、通っても鼻出血が起こることがあります。その場合経口内視鏡となります。

□経口内視鏡

※ 検査当日は終日事故予防のため車、オートバイ、自転車などご本人が運転することができませんので他の交通機関をご利用ください。もしくはご家族の運転でご来院ください。ご帰宅後も運転を避けてください。また検査後に重要な判断を要する仕事は避けてください。

2. 経鼻内視鏡検査時、緊張を和らげるための眠くなる薬（鎮静剤）を使用できます。

鎮静剤を希望される方は翌朝まで車の運転や機械操作もしないでください。

鎮静剤の使用を 希望する

希望しない

3. 組織検査について

組織検査の必要性を認めた場合

病理組織検査を 希望する

希望しない

4. 抗凝固剤・抗血小板剤

（バイアスピリン、パナルジン、ワーファリン、プレタール、プラビックス、エパデールなど）

薬剤名 _____

内服を 休薬しない

休薬する _____ 月 _____ 日から

検査・治療承諾書

検査・治療に関して理解しましたので、その実施を承諾いたします。なお、当該医療行為中に診療上変更が必要となった際は、変更ならびにその説明が事後になることも承諾いたします。

年 月 日

御本人署名 _____ (印)

代理人御署名 _____ (印)

胃内視鏡検査を受ける方へ(問診票)

氏名 _____ 記入日 年 月 日

1. 胃の内視鏡検査を今までに何回受けましたか？（初めて ・ 回）

2. 以下の質問にお答えください。

①	心臓の病気や不整脈といわれたことがありますか？ （狭心症・心筋梗塞・心不全・不整脈など）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②	血液を固まらないようにする薬を飲んでいますか？ ●はいと答えた方→今回の検査のために服用をやめたのはいつですか？ （ 月 日）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③	血圧の薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④	糖尿病があり、薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑤	甲状腺機能亢進症の薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑥	甲状腺機能低下症の薬を飲んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑦	眼科で緑内障や眼圧が高いといわれたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑧	アレルギー体質ですか（花粉症を除く）？（ ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑨	麻酔（手術・歯の治療等）により気分が悪くなったり、じんましんが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑩	腹部の手術を受けたことがありますか？ ●はいと答えた方→（時期： 年前 病名： 手術部位 ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑪	前立腺肥大といわれたことがありますか（男性のみ）？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑫	現在妊娠している可能性がありますか（女性のみ）？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑬	現在授乳中ですか（女性のみ）？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
⑭	これまでに入院・手術・長期継続の通院などしたことがありますか？ ●はいと答えた方（ ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ