

胃カメラ検査問診票

検査を円滑に受けていただく為に、のどや鼻の麻酔、胃の動きを止める薬を使用させていただきます。安全に前処置を行う為、問診表の記入にご協力ください。

1	体重は何キロですか () kg		
2	本日は絶食で来院されましたか？	はい	いいえ
3	自動車、バイク、自転車で来院されましたか？	はい	いいえ
4	鎮静剤の使用は希望されますか？	はい	いいえ
5	喘息やアレルギーがありますか？ ミント（ハッカ）、麻酔薬（キシロカイン）、アルコール消毒薬など	はい	いいえ
6	以下に当てはまる病気があれば○をしてください 糖尿病、高血圧症、狭心症、心筋梗塞、不整脈、副鼻腔炎		
7	抗血栓剤（血液をサラサラにする薬）を飲んでいますか。 薬剤名： 検査のため、この薬剤を： 月 日から中止しています。	はい	いいえ
7	女性の方：妊娠の可能性ありますか。	はい	いいえ
8	胃カメラを受けたことがありますか。 どこの病院でいつ頃ですか。（ 病院（医院）で 頃）	はい	いいえ

★口からの胃カメラの際、咽頭麻酔（のどのしびれ）のためにコーヒー味のシャーベットを使用しています。コーヒー味の苦手な方は別の方法もありますので、お知らせください。

記入日： 令和 年 月 日

お名前： () 歳 (男 ・ 女)



えだがわ胃腸内科クリニック