胃内視鏡検査問診票（経口・経鼻）

お名前　（　　）

これまでに胃内視鏡検査を受けられたことがありますか 異常はありましたか　→　（　　）	はい　　いいえ
検査中や検査後に気分不良その他、問題がありましたか	はい　　いいえ
ぐらついた歯や取り外しできる入れ歯はありますか	はい　　いいえ
検査を楽にうけるため鎮静剤を希望されますか	はい　　いいえ
お酒は強いほうですか　（すぐ赤くなる　強いほう） 〇をつけてください	はい　　いいえ
歯の治療で使用する麻酔で気分が悪くなったことはありますか	はい　　いいえ
薬や食べ物でのアレルギーはありますか	はい　　いいえ
アルコールにかぶれやすいですか	はい　　いいえ
心臓の病気はありますか（心筋梗塞・狭心症・不整脈など）	はい　　いいえ
体の中に心臓ペースメーカーや金属が入っていますか	はい　　いいえ
眼圧が高い、緑内障といわれたことがありますか	はい　　いいえ
（男性で）前立腺肥大・尿が出にくい症状はありますか	はい　　いいえ
血液が止まりにくい病気・体質がありますか	はい　　いいえ
糖尿病で治療中ですか（□飲み薬　□インスリン注射）	はい　　いいえ
腹部の手術を受けたことがありますか	はい　　いいえ
普段から睡眠薬や抗不安薬を常用されていますか	はい　　いいえ
（女性で）現在妊娠中あるいは授乳中ですか	はい　　いいえ
（胃）ピロリ菌がいると言われたことはありますか （ピロリ菌がいた場合）除菌治療をうけましたか 結果　□成功　□不成功　□わからない	はい　　いいえ はい　　いいえ
高血圧症、肝臓の病気、腎臓の病気、呼吸器の病気、脳梗塞、甲状腺疾患などあてはまるものはありますか（〇をつけてください）	はい　　いいえ
血栓の予防する血をサラサラにするお薬は飲んでいますか ＊あてはまるものに〇をつけてください ・ワーファリン　・プラザキサ　・リクシアナ　・エリキュース　・イグザレルト　・バイアスピリン　・パナルジン　・プレタール　・クロピドグレル　・エパデール　・アンプラーグ　・エパデール　・エフィエント　その他（　　） 中止している場合、いつから中止していますか（　　月　　日）	はい　　いいえ

ありがとうございました。