

上部消化管内視鏡検査 問診票 吉田医院 徳島市新内町 1-18

日付： 年 月 日

患者氏名：

以下の質問事項は、検査を安全に行うための必要な項目です。必ずご記入ください。

1. 本日、体調はいかがですか？	良	不良
* 具体的な症状をご記入ください ()		
2. 歯の治療の麻酔で気分が悪くなったことがありますか？	ある	ない
3. 今までに薬のアレルギーを起こしたことがありますか？	ある	ない
* ある方は薬剤名をご記入ください ()		
4. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠または授乳していますか？	はい	いいえ
5. 男性の方にお聞きします。前立腺肥大と言われたことがありますか？	ある	ない
* 尿の出具合が悪い場合も「ある」に印をつけてください		
6. 緑内障と言われたことがありますか？	ある	ない
7. 人工物を装着していますか？	はい	いいえ
該当するものを○で囲んでください。 義歯・補聴器・人工中耳・心臓ペースメーカー・その他 ()		
8. 最近の数ヶ月に鼻からの出血がありましたか？	ある	ない
9. 今までになつたことのある病気、または治療中の病気はありますか？	ある	ない
該当するものを○で囲んでください。 高血圧・糖尿病・脂質異常症（高脂血症）・心臓病（狭心症・不整脈）・気管支喘息 脳卒中・脳動脈瘤・肝炎・甲状腺機能障害・血液の病気（白血病、悪性リンパ腫など）		
10. 血の止まりにくい薬を普段飲んでいますか？	ある	ない
* ある方は薬剤名をご記入ください ()		
11. お腹の手術をされたことがありますか？	はい	いいえ
12. 胸やけや食事のつかえ感がありますか？	はい	いいえ
13. 便秘を感じるがありますか？	はい	いいえ
14. 普段、眠剤や安定剤を飲まれていますか？	はい	いいえ
* ある方は薬剤名をご記入ください ()		
15. 本日、自動車や自動二輪、自転車を運転されますか？	はい	いいえ
* 運転される場合、検査時に鎮静剤を使用することができません		