胃カメラ問診票

予約日　　月　　日（　）　　時　　分

予約時間の１０分前までにご来院下さい。
検査は予約優先にて行いますが、重症の方がおられたり、外来が混んでいるときは遅れることもありますがご了承お願いします。

ご都合が悪くなった場合はご連絡ください。　きよたクリニック
TEL０６－６９９２－５５１７

胃カメラを安全に受けていただくために以下の質問にお答え下さい。

1. 今までに次の病気を指摘されたことがありますか？
緑内障（あおぞこひ)、糖尿病、心疾患、前立腺肥大、
（ない、ある　　）
2. アレルギー体質(薬物　喘息　)はありませんか？
（ない、ある　　）
3. 歯医者さんの麻酔で気分が悪くなったことがありますか？
（ない、ある　　）
4. 脳梗塞　心筋梗塞などで血をサラサラにする薬をのんでいませんか？
（ない、ある　　）
5. 胃カメラをしたことは今日で何回目ですか？　（初めて、２回目、３回以上）
6. とれる入れ歯はありませんか？　（ない、ある　）
7. 胃カメラをしたときに、もし異常があれば組織検査（胃の粘膜を少しとって顕微鏡で調べる検査）を行いますか？　（希望する、受けたくない）
8. 胃カメラのとき、のどの局所麻酔のほかに、軽い鎮静剤を使って楽に検査を受けていただく方法があります。ふらつきや眠気が残るため検査後約１時間休んで帰っていただきます。この鎮静剤を使いますか？　（希望する、受けたくない）
9. 鼻からの内視鏡検査を希望されますか
（希望する、受けたくない）

鼻からの内視鏡を希望される場合
１）抗凝固剤を飲んでいますか？
２）肝臓病などで血が止まりにくいことはありませんか？
３）鼻血がよく出ますか？
４）アレルギー性鼻炎など鼻の病気はありますか？
５）非常に血圧が高い

（全てなし、あり　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿