上部内視鏡検査予診票

記入日　　月　　日　　お名前

●これは検査を苦痛なく安全に受けていただくためにお尋ねするものです。
検査当日までにご記入をお願いいたします。

1．　内視鏡検査は初めてですか。（はい・いいえ）

上記で「いいえ」とお答えの方へ

・最後に受けた内視鏡検査はいつどこでされましたか。
いつ（　　）　どこで（　　）

2．　今回の内視鏡検査は口・鼻どちらを希望されますか。（口・鼻）

上記で「鼻」とお答えの方へ

・鼻からの内視鏡検査は初めてですか。（はい・いいえ）

上記で「はい」とお答えの方へ

3．鼻からの挿入が困難であったり、痛みが強かった経験がありますか。
（はい・いいえ）

4．これまでにピロリ菌の除菌歴がありますか。（はい・いいえ）

上記で「はい」とお答えの方へ

・除菌後、除菌ができたかどうか検査をされましたか？（はい・いいえ）

5．現在、服用中の薬にチェックをお願い致します。

□抗凝固剤　□降圧剤　□心臓の薬　□胃薬　□糖尿病の薬
□その他（　　）

6．下記で、該当するものにチェックをお願い致します。

薬でアレルギー反応を起こしたことがある	ある	ない
狭心症、心筋梗塞で治療中である	ある	ない
喘息がある	ある	ない
糖尿病がある	ある	ない
妊娠中である（可能性がある、女性のみ）	ある	ない
過去に麻酔をしたとき、気分が悪くなったことがある	ある	ない
動揺歯（グラグラした歯）、入れ歯、差し歯はありますか	ある	ない

7．上記以外に、今までにかかった病気や手術などがあればご記入ください。

（　　）

8．その他ご心配なことお尋ねになりたいことなどありましたらお書きください。

サンクリニック　消化器内科
TEL　082-421-2800