

胃内視鏡検査の問診表及び同意書 (ID:)

内視鏡検査を安全かつ円滑に行う為に、以下の質問にお答えください。

1 今まで胃内視鏡検査を受けたことがある

いいえ はい → (最終検査日 年 月頃 経口・経鼻)

2 今までピロリ菌を調べたことがある

いいえ はい → (結果 陰性 陽性) 不明

→2 で陽性だった方にお聞きします。除菌治療はしましたか？

はい → (結果: 成功 失敗) いいえ

3 薬剤(歯科治療の麻酔、造影剤、ハッカなど)でアレルギー症状を起こしたことがある

いいえ はい

4 現在治療中、または治療を受けたことがある病気はありますか？丸で囲んで下さい

高血圧	糖尿病	心臓疾患(不整脈 狭心症 心筋梗塞 心臓ペースメーカーなど)	
緑内障	前立腺肥大	腎透析	特にない

5 抗凝固薬、抗血小板薬を飲んでいる

いいえ はい → (薬剤名)

6 今まで鼻の病気(アレルギー性鼻炎、副鼻腔炎、鼻ポリープ)にかかったことがある

いいえ はい

7 鎮静剤の使用を希望されますか？ いいえ はい

(女性の方にお聞きします)

8 現在、妊娠中もしくはその可能性がありますか？原則検査はできません

いいえ はい

9 現在、授乳中ですか？

いいえ はい

私は、胃内視鏡検査についての説明を受け理解したため検査の実施に同意します。

令和 年 月 日

患者署名 _____ 代理人署名 _____ (続柄 _____)

小性町肝臓内科クリニック 院長 中村 琢也