

内視鏡検査を受けられる方へ

お名前： _____ 生年月日：西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

内視鏡検査をできる限り安全かつ適切に行うため、検査前に確認しておくべき情報をみなさまに記入していただいております。 お手数ですが下記の質問にご回答いただきますようお願いいたします。

1. 今までに以下の病気になったことがありますか。
- 緑内障、眼圧が高い 前立腺肥大症 心疾患・不整脈
 - 重症筋無力症 バセドウ氏病
 - 糖尿病 褐色細胞腫
 - 特にこれらの病気を指摘されたことはない

2. 今までに薬のアレルギーが出たことがありますか。
- キシロカイン アルコール 大豆
 - 特にこれらの薬剤でアレルギーを起こしたことはない

3. 点滴を入れたり血圧を測ったりしてはいけない手足はありますか。
- 右手 左手 右足 左足 特になし

4. お酒を飲むと顔が赤くなったり咳がでたりしますか。
- 全くならない 顔が赤くなったり咳が出たりする場合がある
 - もともと飲まない、またはほとんど飲まない

5. 抗血栓治療薬を内服していますか。
- している

内服薬の名前：

 - していない
- 最後に内服したのは、 _____ 月 _____ 日 _____ 午前/午後 _____ 時頃

6. 女性の方で、現在妊娠していますか。
- していない 妊娠している 授乳中である

ご協力ありがとうございました。
検査の準備ができたならお声かけさせていただきますので、受付近くで座ってお待ちください。

< 以下、医療者記入項目 >

バイタルサイン 確認した日時 _____ 月 _____ 日、午前/午後 _____ 時 _____ 分
血圧： _____ / _____ 、脈拍： _____
実施者サイン _____