**上部内視鏡検査問診票　　　看護師サイン（　　　　）**



**１．該当するものに○でチェックをお願いします**

（１）内視鏡検査を受けたことがありますか:（　初回　 ・　当院　・　他院　）

（２）検査後の帰宅方法:(　車 バイク　 自転車　 バス タクシー 徒歩 ）

（３）最後に食事をしたのは何時ですか: ( 前日　/当日の午前・午後　　　時頃)

（４）今朝お薬を飲みましたか:　はい（　　時　　分に　　　　の薬）・　いいえ

（５）入れ歯・ブリッジ：あり　・　なし **／** ぐらついている歯：あり　・　なし

（６）嗜好品について

アルコール（飲む・飲まない）　アルコールを飲む方（赤くなる・赤くならない）

タバコ（ 吸う・ 吸わない・ やめた ）

（７）女性の方へ：　　現在　妊娠中　・　　授乳中

**２．該当するものに○でチェックをお願いします**

（１）特になし

心臓病（不整脈） ・ 緑内障　・ 前立腺肥大 ・ 糖尿病（内服・インスリン）

高血圧　 ・ 喘息　 ・ 重症筋無力症　 ・ 乳房手術（ ヒダリ・ ミギ ）

腎臓病（透析： あり・ なし　**／**　シャント：　ヒダリ　・　ミギ　）

脳梗塞などの脳の病気（麻痺： ヒダリ・ ミギ ）その他（　　　　　　　）

（２）ペースメーカー及び除細動器：　　　　　あり　　・　　　なし

（３）血液をサラサラにする薬（抗血小板薬・抗凝固薬）の内服:　あり ・ なし

　　　ありと答えた方 : 薬品名（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　）

　　　　その薬を医師から中止にするよう指示がありましたか：　あり　・　なし

ありと答えた方 : （　　　　月　　　日 から中止している）

　　**※抗血小板薬・抗凝固薬について不明な場合は、お薬手帳をご持参ください**

（４）薬品アレルギー　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　なし

　　　　※アルコール、キシロカイン、ヨード・造影剤など

（５）ピロリ菌：　除菌した　・　除菌していない　・　わからない

　　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和医科大学藤が丘病院　内視鏡センター