

上部内視鏡検査 問診票

様

年齢： 歳 ヶ月

1. 検査の説明書は読みましたか？ (いいえ ・ はい)
2. 今までに下記のご病気にかかったことがありますか？ (はい ・ いいえ)
該当するものに○を付けてください。
**(狭心症、心筋梗塞、不整脈、高血圧、呼吸器疾患、緑内障、
糖尿病、甲状腺疾患、前立腺肥大、重症筋無力症)**
3. 今までに上記以外の大きなご病気にかかったことがありますか？
(はい ・ いいえ)
その病名 ()
4. 今までにお薬のアレルギーや過敏症等を起こしたことがありますか？
(はい ・ いいえ)
5. 今までに歯科の麻酔でアレルギーやショックを起こしたことがありますか？
(はい ・ いいえ)
6. 現在血液の流れをよくするお薬や、血液をさらさらにするお薬を飲んで
いますか？ (はい ・ いいえ)
その薬品名 ()
7. 検査当日、自動車/バイク/自転車の運転の予定がありますか？
(はい ・ いいえ)
8. 女性の方のみお答えください。
現在妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

看護師チェック欄

- | | |
|----------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> 禁食 | 有 ・ 無 |
| <input type="checkbox"/> 義歯 | 有 ・ 無 |
| <input type="checkbox"/> 義歯除去 | 済 ・ 未 |
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー | 有 ・ 無 |

サイン： _____