胃内視鏡検査問診票・同意書

検査担当医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. これまでに内視鏡検査（胃カメラ）を受けたことがありますか？　【 はい ・ いいえ 】
   → “はい”の方へ
   　のど・鼻の麻酔で気分が悪くなったことがありますか？　【 はい ・ いいえ 】
   → “いいえ”の方へ
   　外科の麻酔や歯科の麻酔で気分が悪くなったことがありますか？　【 はい ・ いいえ 】

2. これまでに薬で具合が悪くなったことはありますか？　【 はい ・ いいえ 】
   → “はい”の方へ
   　（具体的に：　　）

3. 以下のような病気を指摘されたことはありますか？　【 はい ・ いいえ 】
   → “はい”の方は〇を付けて下さい
   　［ 狭心症・心筋梗塞・高血圧・糖尿病・気管支喘息・脳梗塞・緑内障・
   　前立腺肥大症・腹部手術・その他（　　）］

4. 抗血栓薬（血液をサラサラにする薬）を飲んでいますか？　【 はい ・ いいえ 】
   → “はい”の方は〇を付けて下さい
   　［ ﾜｰﾌｧﾘﾝ ・ ﾊﾞﾌｧﾘﾝ ・ ｱｽﾋﾟﾘﾝ ・ ﾊﾞｲｱｽﾋﾟﾘﾝ ・ ｴﾊﾟﾃﾞｰﾙ ・ ﾌﾟﾗﾋﾞｯｸｽ ・
   　ﾊﾟﾅﾙｼﾞﾝ ・ ﾌﾟﾚﾀｰﾙ ・ ｵﾊﾟﾙﾓﾝ・その他（　　）］
   →その薬はいつまで飲んでいましたか？（　　年　　月　　日 まで）

5. 心臓・血圧の薬を服用されている方は本日、内服されましたか？　【 はい ・ いいえ 】

6. 口からと鼻からのどちらのカメラを希望されますか？　【 口 ・ 鼻 】

7. 〈 鼻から希望の方へ 〉鼻腔の広い通りのいい方はどちらですか？　【 右 ・ 左 ・ 不明 】

8. 組織検査を行う場合があります。組織採取（生検）を行っても良いですか？　【 はい ・ いいえ 】
   ※生検結果は、後日外来を受診して頂き、医師よりご説明いたします。

9. これまでに、ピロリ菌検査をされたことがありますか。　【 はい ・ いいえ 】
   → “はい”の方へ
   ・その結果は、陽性（ピロリ菌に感染）でしたか。　【 はい ・ いいえ 】
   ・陽性（ピロリ菌に感染）の方は、除菌（治療）されましたか　【 はい（　　年　月頃）・ いいえ 】
   ・除菌後の確認検査をされましたか。　【 はい（　　年　月頃）・ いいえ 】

今回の検査内容につきご理解・納得をいただき
内視鏡検査を受けることに同意されましたら、ご署名をお願いします。

年　　月　　日　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2023年7月 改定　　院長　谷向　茂厚

医療法人 喜望会　谷 向 病 院