

胃カメラ検査前の確認票

氏名 _____ (男 / 女) 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

◎胃カメラの検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください (該当する項目を○で囲んで下さい)

- 胃カメラの検査は何回目ですか (初回 1~5回 6回以上)
 経鼻・経口どちらを受けたことがありますか (口から 鼻から どちらもある)
- 前回の検査はいつ受けましたか () 年前 どちらで受けましたか (当財団 その他 :)
- 前回の胃カメラ検査はどうでしたか (きつくない きついが我慢できる とてもきつい)
- 以下の項目を○印及び、記入をお願いします

①パンフレットの「胃カメラ検査を受けられる方へ」をお読みにになりましたか	はい	いいえ
②下記の治療中の病気はありますか (該当項目に○印) ・不整脈または心疾患 (治療中 / 経過観察中) 薬名 : _____ ・血小板減少症、血液疾患 (治療中 / 経過観察中) 薬名 : _____ ・うつ病、パーキンソン病 (治療中 / 経過観察中) 薬名 : _____ ・甲状腺機能亢進症 (治療中 / 経過観察中) 薬名 : _____ ・喘息含む呼吸器疾患 (治療中 / 経過観察中) 薬名 : _____ ※お薬手帳の持参が無い場合は、薬名を記入してください (持参あれば薬名の記入不要)	はい	いいえ
③抗凝固薬、抗血小板薬 (血液サラサラの薬) を服薬していますか 薬名 : _____ 薬名不明	はい	いいえ
④アレルギー体質といわれたことがありますか (該当項目に○印) お薬 麻酔 (歯科麻酔、キシロカイン等…) ヨード剤 アルコール 食物 ハッカ (ミント) その他 ()	はい	いいえ
⑤鼻に関する既往や症状がありますか (該当項目に○印) 副鼻腔炎 アレルギー性鼻炎 鼻中隔湾曲症 鼻茸 鼻の手術 鼻出血しやすい 鼻腔が狭いと言われたことがある その他 ()	はい	いいえ
⑥お腹の手術を受けたことがありますか (歳 手術名 :)	はい	いいえ
⑦胃腸に関する自覚症状はありますか (該当項目に○印) 食欲不振 胸やけ 飲食物がつかえる、しみる 吐き気 嘔吐 胃もたれ 胃痛 (食前 / 食後 / 時間関係なし) はっている 便秘 下痢 黒色便 便に血や粘液が混じる	はい	いいえ
⑧ピロリ菌の検査を受けたことがありますか (陰性 陽性 不明) ~ピロリ菌が陽性だった方へ~ ピロリ菌除菌 (未 ・ 済) 除菌結果 (成功 失敗 不明)	はい	いいえ
⑨過去に胃潰瘍、十二指腸潰瘍と診断を受けたことがありますか (該当項目に○印) 潰瘍と言われた方へ (歳) (治癒 / 治療中 / 治療していない)	はい	いいえ
⑩血縁者 (父母・祖父母・兄弟姉妹) に下記の病気にかかった方はいますか (該当項目に○印) 胃がん 食道がん 胃潰瘍 十二指腸潰瘍	はい	いいえ
⑪女性の方へ：妊娠中または妊娠の可能性はありますか	はい	いいえ
⑫女性の方へ：授乳中ですか ※麻酔後は24時間の断乳が必要です	はい	いいえ

同意書を読み、同意と署名をお願いします