

消化管内視鏡検査予約票

ID

検査日時

様

生年月日

性別

依頼日

胃カメラ

予約の15分前 までに

当日は

受付へおいで下さい。

●検査当日は診察券を必ずご持参下さい。

●来院できない場合や不明な点は、ご連絡下さい。

川 野 病 院 ☎ 042-522-8161

問 診 票

- (1) 今までに内視鏡検査を受けたことがありますか? 胃 () 回 ・ 大腸 () 回
- (2) 心臓が悪いといわれたことがありますか? (ある ・ ない)
- (3) 高血圧といわれたことがありますか? (ある ・ ない)
- (4) 眼圧が高い(緑内障)又は前立腺肥大症と言われたことがありますか? (ある ・ ない)
- (5) アレルギー体質と言われたことがありますか? (ある ・ ない)
- (6) (肝臓病・糖尿病・脳梗塞・腎臓病)で、使用中の薬がありますか? (ある ・ ない)
- (7) 麻酔剤で気持ちが悪くなったことがありますか? (ある ・ ない)
- (8) 睡眠剤や精神安定剤を飲んでいますか? (はい ・ いいえ)
- (9) ピロリ菌の検査をしたことがありますか? (ある ・ ない)
- ・ 検査をしたことがある方の結果はどうでしたか? (陰性 ・ 陽性)
- ・ 陽性の方はピロリ菌の除菌をしましたか? (はい ・ いいえ)
- (10) 女性の方へ 妊娠中又は授乳中ですか? (はい ・ いいえ)
- (11) 血液を固まりにくくする薬を飲んでいますか? (はい ・ いいえ)

飲んでいる方は、その薬を○で囲んで下さい。

ワーファリン・エリキュース・パナルジン・プレタール・オパルモン
プラビックス バイアスピリン・エパデール・プラザキサ・その他 ()

☐ 月 日から中止

☐ 当日 朝のみ中止

☐ 中止なし

医療法人 川野病院