

# 内視鏡検査(胃カメラ)問診票・同意書

◎下記の質問にお答えください

1、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)

2、抗血小板薬・抗凝固薬(血液をサラサラにする薬)を内服されていますか (はい・いいえ)

※「はい」と答えた方は薬の名前が分かればお書きください

( )

他にいつも内服されている薬はありますか? (はい・いいえ)

※「はい」と答えた方は最後に何時に飲まれましたか? ( )時頃

3、以下の病気を指摘されたことはありませんか。あるものを○で囲んでください

|  |
|--|
| 糖尿病 ・ 脳梗塞 ・ 緑内障 ・ 高血圧 ・ 不整脈 ・ 狭心症<br>心筋梗塞 ・ 弁膜症 ・ 肺気腫 ・ 間質性肺炎 ・ 喘息(最終発作: )月<br>ヨードアレルギー ・ 甲状腺の病気 ・ 前立腺肥大症(男性の方のみ)<br>その他 ( ) |
|--|

4、ピロリ菌の検査・治療をされたことはありますか (はい・いいえ)

※「はい」と答えた方は 治療回数を○で囲んでください (1回・2回)

→治療した日にちが分かればお書きください ( 年 月)

※「いいえ」と答えた方は必要に応じて検査を希望されますか (はい・いいえ)

5、女性の方 現在妊娠の可能性がありますか (はい・いいえ・不明)

※「はい」の方→(現在 カ月)

6、検査時に鎮静剤(眠くなるお薬)を希望されますか (はい・いいえ)

※投与の際、血管痛を生じることがあります。

## 高野胃腸科 殿

私は、内視鏡検査(胃カメラ)に関して、その目的・それに伴う処置・合併症・及びその危険性と対処法について、説明書の内容を理解したうえで、内視鏡の検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日

本人または代理人署名(続柄: ): \_\_\_\_\_ 印

緊急時連絡先 氏名: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

医療法人 高野胃腸科

TEL: 092-622-1461