

【上部消化管内視鏡検査についての問診票・同意書】

これまでに上部消化管内視鏡検査(胃カメラ)を受けたことはありますか？

- 初めて 受けたことがある

これまでにピロリ菌検査を受けたことはありますか？

- いいえ はい

↓ 「はい」の方はいずれかに○をして下さい

ピロリ菌はいなかった / ピロリ菌はいたが未治療

除菌治療を受けて成功 / 除菌治療を受けたが失敗 / 除菌治療を受けたが成功かどうか不明

下記の病気がありますか？

- いいえ 緑内障 前立腺肥大 糖尿病
 不整脈 心臓の病気
 褐色細胞腫(カテコールアミンというホルモンを出す病気)

薬のアレルギーはありますか？

特にキシロカインなどの歯の治療時にも使う麻酔薬などのアレルギーはないでしょうか？

- いいえ はい (薬剤名：)

血液をさらさらにする薬(抗血栓薬)を飲んでいますか？何の病気に対して飲んでいますか？

- いいえ はい (薬剤名：)
(病名：)

入れ歯や義歯はありますか？

- いいえ はい
→ 外せるもの 外せないもの

下記の薬剤を使用していますか？(鎮静剤を使用する方のみで結構です)

*不明な場合はスタッフにご確認下さい

- ・エイズ(HIV)の治療の薬 いいえ はい (薬剤名)
・麻薬系の強力な痛み止め いいえ はい (薬剤名)
・てんかんの治療の薬 いいえ はい (薬剤名)

検査を楽に受けていただくために鎮静剤の使用をご希望されますか？

- 希望する 医師と相談して決めたい 希望しない

書写西村内科 院長 殿

上部消化管内視鏡検査および鎮静剤使用に関して説明書に沿って説明を受けて、検査を受けることを承諾いたします。

西暦 年 月 日 署名：

説明医師：西村 聡