（カルテ保管）

上部消化管内視鏡検査の問診票

患者番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

武道島いとうクリニック

患者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　　年　　月　　日

検査の安全を期すため、正確な記入をお願い致します。検査日に持参して下さい。

質問事項	回答欄
本日、ご自身の運転で来院されましたか？	はい　　いいえ （自動車　バイク　自転車）
最終のお食事時間は？	時　　分
上部内視鏡の検査のご経験は？	ある　　ない
義歯、入れ歯、差し歯ではずれる歯はないですか？	ある　　ない

身体で不自由なところはありますか？　（　はい　　いいえ　）

□ 手足が不自由　□ 目が見えない　□ 耳が聞こえにくい

□ 会話が困難　□ その他　（　　）

血管を詰まらせにくくする薬（抗血栓薬）を毎日飲んでいますか？　（　はい　　いいえ　）

□ワーファリン　□バイアスピリン　□パナルジン　□プラビックス　□プラザキサ　□その他（　　）

＊「はい」と答えた方に：　いつから中止していますか？　（　　）

薬のアレルギーはありますか？　（　はい　　いいえ　）

□ アルコール　□ 局所麻酔剤（キシロカイン）　□ ヨード　□ その他（　　）

下記の病気はございますか？　（　はい　　いいえ　）

□ 心臓病　□ 不整脈　□ 緑内障　□ 前立腺肥大症　□ 高血圧　□ 糖尿病

□ 甲状腺機能亢進症　□ 慢性腎不全　□ 気管支喘息　□ 肺気腫（COPD）

□ 注射をしてはいけない腕　（　右　　左　）

＊内服薬の説明書をお持ちの方は、ご持参下さい。

検査に際して、心配な事や不明な点があれば、
遠慮なくスタッフに声をおかけ下さい。

連絡先：武道島いとうクリニック　秋田県にかほ市象潟町字家ノ後65-10　TEL 0184-43-4171