

内視鏡検査を受けられる方へ

氏名 _____ 様 年齢 _____ 歳 (男 ・ 女)

検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

1. 内視鏡検査を受けられたことはありますか？ (はい・いいえ)

* (はい) とお答えの方

以前検査を受けた時に具合が悪くなった事がありますか？ (はい・いいえ)

2. 今までに歯科の麻酔で具合が悪くなったことはありますか？ (はい・いいえ)

3. 病気などについてお尋ねします。

☆心臓の病気はありますか？ (はい・いいえ)

(不整脈 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症)

☆血液の流れを良くするお薬を飲んでいませんか？ (はい・いいえ)

ワーファリン ・ プラザキサ ・ バイアスピリン ・ プレタール (シロスタゾール)

・ パナルジン ・ プラビックス ・ エパデール ・ バファリン ・ アンブラーク

・ ペルサンチン ・ イグザレルト ・ リクシアナ

その他 _____

※ 最終内服日 : _____ 月 _____ 日 (朝・昼・夜) まで

☆ 緑内障 (眼圧が高い) と言われたことがありますか？ (はい・いいえ)

☆ 糖尿病はありますか？ (はい・いいえ)

☆ 前立腺肥大症 (尿が出にくい) と言われたことはありますか？ (はい・いいえ)

☆ 喘息はありますか？ (はい・いいえ)

☆ けいれんを起こしたり、てんかんと言われたことはありますか？ (はい・いいえ)

☆ 現在妊娠中または授乳をされていますか？ (はい・いいえ)

☆ 検査当日、お付き添いの方はいらっしゃいますか？ (はい・いいえ)

検査中の緊急連絡先 (☎ _____ 氏名 _____)
(続柄 _____)

検査について何か心配なことがありましたらご遠慮なくお尋ねください。
ご協力ありがとうございました。

川崎市立川崎病院