

No. _____

フリカナ

氏名

西暦生年
月日

年

月

日

歳

性別

男・女

胃カメラ（経鼻・経口）／大腸カメラ

鎮静剤　あり・なし

検査日時　　月　　日

検査食　あり・なし（料金 2,200円） ☐

同意書 済（電子同意書・用紙）／未

*太枠内にご記入をお願いします、右側の欄の当てはまる項目に○をつけてください。

内視鏡検査を受けたことがありますか	いいえ・はい（胃カメラ・大腸カメラ） いつ：　　経鼻・経口 / 鎮静あり・なし 検査の結果：異常なし・指摘あり（　　）
保険で内視鏡検査を受診される場合は採血を いたします、同意していただけますか	はい・いいえ いいえの場合理由→（　　）
心臓の病気はありますか	いいえ・はい ・不整脈・狭心症・心筋梗塞・心房細動 ・ペースメーカー・その他
甲状腺機能亢進症はありますか	いいえ・はい
眼圧が高いと言われたことはありますか	いいえ・はい
緑内障はありますか	いいえ・はい
男性の方：尿が出にくい等ありますか	いいえ・はい（内服あり・なし）
糖尿病ですか	いいえ・はい（内服あり・なし）
肺の病気はありますか	いいえ・はい（病名：　　）
肝臓の病気はありますか	いいえ・はい（病名：　　）
透析をされていますか	いいえ・はい（シャント部位：右・左）
透析や手術のために血圧計を巻いては いけない腕はありますか	いいえ・はい（右・左）
血圧が高いですか	いいえ・はい（内服あり・なし）
内服している薬はありますか	いいえ・はい（薬の名前：　　）
血液をサラサラにする薬を飲んでいませんか	いいえ・はい ・ワーファリン・バファリン・バイアスピリン ・プラビックス・プラザキサ・エリキュース ・リクシアナ・プレタール・エパデール ・オパルモン・アンプラーグ・パナルジン
薬・食べ物・麻酔などのアレルギーはありますか	いいえ・はい（症状：　　名前：　　） ・麻酔薬・抗生剤・ピリン系・造影剤・その他
開腹手術をしたことがありますか	いいえ・はい（いつ：　　病名：　　）
HIVの治療はしていますか	いいえ・はい
ピロリ菌にかかったことがありますか	いいえ・はい（未除菌 / 除菌済み） 除菌歴がある場合：いつ（　　）1次・2次

【医師指示欄】

生検/ポリペク（可・不可） ☐

ブスコパン使用（可・不可） ☐

エコー（有・無） ☐

採血（有・無）（2本 / 4本） ☐

【看護師チェック欄】

食事・内服薬確認 ☐

卵白・大豆のアレルギー（有・無） ☐

同意書確認 ☐

義歯やぐらぐらの歯（有・無） ☐

矯正・マウスピース（有・無） ☐

来院手段（送迎・地下鉄・バス・タクシー） ☐