

内視鏡検査問診票・承諾書

平成 20 年 月 日 説明医師 酒井 太郎

下記の質問すべてに、はい・いいえのどちらかに○印で囲んで下さい。

1) 内視鏡検査を受けたことがありますか？ はい・いいえ

胃カメラ (回) ・大腸カメラ (回) ・気管支鏡 (回)

2) 心臓が悪い、あるいは不整脈と言われたことがありますか？ はい・いいえ

3) 血流を良くする薬 (例えばバファリン等) を飲んでいますか？ はい・いいえ

(休薬の指示のある方は、ご確認ください)

4) 眼科で緑内障、あるいは眼圧が高いと言われたことがありますか？ はい・いいえ

5) 前立腺肥大、あるいは尿の出にくいことがありますか？ はい・いいえ

6) 血圧が高いと言われたことがありますか？ はい・いいえ

7) 糖尿病と言われたことがありますか？ はい・いいえ

(薬、インシュリンのある方は、検査当日はおやめ下さい)

8) 薬のアレルギーはありますか？ はい・いいえ

麻酔薬 ヨード その他 ()

当院や他院よりの処方薬の説明書及びお薬手帳がありましたら、提出して下さい。

9) 取り外し可能な入れ歯・差し歯はありますか？ はい・いいえ

(経口胃カメラ検査を受ける方は、事前にはずしてください)

検査に当たり何か不安なことやご質問がありましたら、お書き下さい。

()

さかい内科・胃腸科クリニック 殿

私は内視鏡検査の目的とそれに伴う処置、およびその危険性と合併症およびその対処法について説明書の内容を理解し、内視鏡検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日

氏名 (代理人の場合は本人名と代理人名)

緊急時の連絡先 (氏名・続柄)

TEL

(前投薬：ブスコパン グルカゴン なし)