

ID

消化器内視鏡問診票

検査日 (/)

お名前 ()歳

診療の参考とさせていただきますので、あてはまる項目に○をつけ、必要な部分にご記入願います。

質 問 事 項		回答欄	
心疾患、不整脈、緑内障、前立腺肥大と言われたことがありますか？ 病名（ ）		はい	いいえ
麻酔薬（キシロカイン）のアレルギーはありますか？		はい	いいえ
抗血栓薬（血液の流れを良くする薬、血液が止まりにくくなる薬）を飲んでいますか？ 薬剤名（ ）		はい	いいえ
抗血栓薬を飲んでいる方で、この検査のために医師の指示で内服を中止しましたか？ 中止した日（ 月 日）		はい	いいえ
サプリメントを飲んでいますか？ 薬剤名（ ）		はい	いいえ
サプリメントを飲んでいる方で、この検査のために医師の指示で内服を中止しましたか？ 中止した日（ 月 日）		はい	いいえ
今までにお腹の手術を受けたことがありますか？		はい	いいえ
ピロリ菌の検査をしたことがありますか？ ———▶ ピロリ菌の検査をした方にお聞きします。ピロリ菌はいましたか？		はい	いいえ
ピロリ菌の除菌をしたことがありますか？ ———▶ ピロリ菌の除菌をした方にお聞きします。 除菌は成功しましたか？ 除菌日（ 年 月 日）		はい	いいえ
今までに癌と診断されたことがありますか？ 病名（ ）		はい	いいえ
家族・血縁者の中で癌で亡くなったり、あるいは現在も治療中の方はいますか？ ———▶ はいと答えた方にお聞きします。その中に大腸癌の方はいますか？		はい	いいえ
たばこを吸っていますか？		はい	いいえ
		以前吸っていたが今は吸わない	
お酒を飲みますか？		はい	いいえ
		以前飲んでいたが今は飲まない	
———▶ 飲むと答えた方にお聞きします。当てはまる項目に○をつけてください （ ）習慣飲酒＜週3日以上飲酒する人＞ （ ）非習慣飲酒＜飲酒するが週2日以下、月3回以上の人＞ （ ）機会飲酒＜飲酒するが月2回以下の人＞			

※以下は病院スタッフが記入するのでチェック不要です。

- 1) 鎮痙攣剤使用: あり(ブチルスコポラミン、グルカゴン、ミンクリン) なし
2) 鎮痛・鎮静剤使用: あり(ミタゾラム、ソセゴン、プロポフォール、プレセデックス、ケタラール) なし
3) 送気: 空気 CO2 4) NBI(拡大): あり なし
5) 技師・看護師名: () () ()

問診票（内視鏡室感染対策用）

以下の質問にお答えいただきますようお願いいたします。

「はい」「いいえ」に○をつけてください。

記載日 年 月 日 お名前

① 発熱はありますか？

はい ・ いいえ

（本日の体温 . °C）

② 2 週間以内に接触した方で、新型コロナウイルス感染症と診断された方がいますか？

はい ・ いいえ

③ 1 週間以内にワクチン接種を受けましたか？また今後の接種予定が決まっている方は日付をご記入ください。

はい ・ いいえ 接種日（ 月 日）

※ワクチン接種前・後 1 週間は、内視鏡検査・治療を行うことができませんのでご注意ください

※内視鏡検査・治療前は、飲食を伴う集会への参加や、不特定多数の集まるイベントへの参加は避けてください。

※上記の質問に 1 つでも「はい」がある場合、感染予防対策上、検査当日でも検査・治療を延期させていただく場合があります。また、医師の指示にて内視鏡検査前に検査（インフルエンザ・抗原検査など）を追加させていただく場合があります。

ご不明な点やご質問などありましたら、午前 8 時 30 分～午後 4 時の間に内視鏡室へお問い合わせ下さい。

長岡赤十字病院 TEL 0258-28-3600 内視鏡室