

外来胃カメラ検査問診票

フリガナ				健診結果に関する至急の連絡先
氏名			様	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (TEL)
生年月日	T・S・H	年	月	日 (歳)
			性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女

検診で胃カメラを受けられる方へ
 病理検査を実施した場合は保険診療となり別途検査費用がかかります。
 健康保険3割負担で5000～8000円程度となります。※企業負担の場合もあります。
 ご不明な点がございましたらお問合せください。

該当する□へチェックしてください。

- | | |
|---|--|
| <p>1 本日は絶食ですか。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p> <p>2 胃カメラ検査を受けたことがありますか。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
(<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input checked="" type="checkbox"/> 経鼻)</p> <p>3 胃の検査の結果、異常を指摘された。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p> <p>病名:</p> <p>4 ヘリコクター・ピロ菌の検査を受けたことがある。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p> <p>5 ヘリコクター・ピロ菌を指摘されたことがある。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <input checked="" type="checkbox"/> 除菌した
 <input checked="" type="checkbox"/> 放置
 除菌された方は成功しましたか
 <input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> 不明 </div> <p>6 麻酔や注射で気分不良や発疹がでたことがある。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p> <p>7 歯科の麻酔で気分が悪くなったことがある。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p> | <p>8 アレルギーがある。(薬、食物など)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
(薬品名)</p> <p>9 パーキンソン氏病治療薬を内服している。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
(薬品名) ※MAO阻害剤はプリピナ禁忌</p> <p>10 風邪、喉が痛い、咳が出る等の症状がある。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p> <p>11 出血しやすい、血が止まりにくい症状がある。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p> <p>12 抗凝固療法(血をサラサラにする薬)をしている。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 5px 0;"> ↓ 抗凝固・抗血小板薬を2剤以上併用されている方は、当院では生検病理検査は実施いたしません。 </div> <p><input checked="" type="checkbox"/> ※2剤以上併用している</p> <p>13 12ではいの方のみ。ワーファリンを内服している。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> 主治医に生検病理検査を実施してもよいと言われた。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 主治医に生検病理検査可能か確認していない、もしくは実施不可と言われた。</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 主治医の確認が取れない場合、当院では生検病理検査は実施いたしません。 </div> <p>◎抗血小板剤について
 ※コンプラミン配合錠は、バイアスピリンとブラビックスの合剤ですので2剤以上となります。
 以下女性のみ</p> <p>14 授乳中である。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ</p> |
|---|--|

精密検査(染色検査)を実施した場合、使用する薬剤が母乳に混入する可能性がありますので8時間程度授乳を控えていただく必要があります。授乳が中止できない場合は検査ができませんのでスタッフにご相談ください。

入れ歯を使用されている方は検査事前にお取りください。

医療法人財団医親会 マリンクリニック

看護師確認印