

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 type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> その他 (TEL)			
生年月日	T・S・H	年	月	日 (歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input 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 type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
(<input type="checkbox"/> 経口 <input 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 type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <input type="checkbox"/> 除菌した
 <input type="checkbox"/> 放置
 除菌された方は成功しましたか
 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input 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 type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> | <p>8 アレルギーがある。(薬、食物など)</p> <p><input type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> はい <input 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 type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</p> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>↓</p> <p>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。</p> <p><input type="checkbox"/> ※2剤以上併用している</p> </div> <p>13 12でははいの方のみ。ワーファリンを内服している。</p> <p><input 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 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: 2px solid red; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>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。</p> </div> |
|---|---|

◎抗血小板剤について
 ※コンプラミン配合錠は、パイアスピリンとプラビックスの合剤ですので2剤以上となります。

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。