

上部消化管内視鏡検査についての問診表・同意書

彩都友誼会病院長 殿

患者氏名 _____

問診票欄の該当項目にチェックをつけ、同意書の署名欄に署名して検査当日にご持参ください。

【問診票】

質 問 事 項	回 答	
これまでに飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか 「あり」の場合、薬剤名は?：(_____)	なし	あり
アレルギー性の病気や体質がありますか 「あり」の場合、病名は?：じんましん・アレルギー性鼻炎 花粉症・アトピー性皮膚炎・その他(_____)	なし	あり
気管支喘息の診断、または治療を受けたことがありますか	なし	あり
ご家族やご親族などの血縁者にアレルギー性の病気や体質の方がいますか 「あり」の場合、続柄と内容は?：(_____)	なし	あり
眼圧が高い、または緑内障と言われたことがありますか 「あり」の場合、内容は?：(_____)	なし	あり
心臓病（不整脈・狭心症）と言われたことがありますか	なし	あり
ペースメーカーを埋め込んでいますか	なし	あり
前立腺肥大と言われたことがありますか	なし	あり
糖尿病と言われたことがありますか 「あり」の場合、内容は?：インスリン使用中・内服治療中・食事療法のみ 無治療・その他(_____)	なし	あり
褐色細胞腫と言われたことがありますか	なし	あり
手術を受けたことがありますか 「あり」の場合、内容は?：(_____)	なし	あり
抗凝固剤（血液をさらさらにする薬）を内服していますか 「あり」の場合、薬剤名は?：(_____)	なし	あり

問診年月日： _____

説明医師氏名 _____

【同意書】

検査名： 上部消化管内視鏡検査

私は、現在の病状および内視鏡検査の必要性について、文書と口頭による説明を受け、質問する機会を与えられました。

その結果（□の中にチェックをいれてください。）

- 内視鏡検査を受けることに { 同意します。
 同意できません。
- 内視鏡検査のために抗凝固剤の服用を中止することに { 同意します。
 同意できません。
- 検査を行うための静脈麻酔を { 希望します。
 希望しません。

※抗凝固剤ありの方はチェック

※注意事項：静脈麻酔を使用する方は検査当日は自動車・二輪車の運転ができません。

記入日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(署名) _____

*代理人の場合：(続柄) _____ (代理人氏名) _____

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

(病院提出用)

上部消化管内視鏡検査についての同意書

彩都友会病院長 殿

※同意書の署名欄に署名して検査当日にご持参ください。

問診年月日： _____

説明医師氏名 _____

【同意書】

検査名： 上部消化管内視鏡検査

私は、現在の病状および内視鏡検査の必要性について、文書と口頭による説明を受け、質問する機会を与えられました。

その結果（□の中にチェックをいれてください。）

※抗凝固剤ありの方はチェック
お願いします

- 内視鏡検査を受けることに { 同意します。
 同意できません。
- 内視鏡検査のために抗凝固剤の服用を中止することに { 同意します。
 同意できません。
- 検査を行うための静脈麻酔を { 希望します。
 希望しません。

※注意事項：静脈麻酔を使用する方は検査当日は自動車・二輪車の運転ができません。

記入日：平成 年 月 日

（署名） _____

*代理人の場合：（続柄） _____ （代理人氏名） _____

（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

（患者様控え用）