

## 上部消化管内視鏡検査についての間診表・同意書

彩都友会病院長 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 : \_\_\_\_\_

病院名 : \_\_\_\_\_

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（口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。

※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)

※抗凝固剤あり  
の方はチェック

## 上部消化管内視鏡検査についての同意書

彩都友誼会病院長 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： \_\_\_\_\_

病院名： \_\_\_\_\_

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（口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)