

問診票 (胃内視鏡) แบบสอบถามประวัติ(ส่องกล้องกระเพาะอาหาร)

受診日(วันที่ตรวจ) _____ 年 月 日

กรุณาตอบคำถามด้านล่าง โดยให้วงกลมล้อมรอบคำตอบว่า "ใช่" หรือ "ไม่ใช่"

氏名 ชื่อ- นามสกุล		保険会社 ประกัน	
------------------------	--	----------------	--

◇今までに内視鏡の検査を受けたことはありますか?

คุณเคยตรวจส่องกล้องกระเพาะอาหารหรือไม่? (ใช่ · ไม่ใช่)

◇今までに麻酔を使用して気分が悪くなったことはありますか?

คุณเคยมีอาการผิดปกติหลังใช้ยาชาหรือไม่? (ใช่ · ไม่ใช่)

→ 「はい」と答えた方はどのような症状があったかお書き下さい。

สำหรับท่านที่ตอบว่า "ใช่" กรุณาระบุอาการ

(_____)

◇คุณกำลังรักษาโรคดังต่อไปนี้หรือไม่ (ใช่ · ไม่ใช่)

<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
<input type="checkbox"/> 緑内障 โรคต้อหิน
<input type="checkbox"/> 前立腺肥大 โรคต่อมลูกหมากโต(เฉพาะผู้ชาย)

◇คุณกำลังรับประทานยาดังต่อไปนี้หรือไม่ (ใช่ · ไม่ใช่)

<input type="checkbox"/> Aspirin (ASA, Baby Aspirin)
<input type="checkbox"/> Pletaal (Clioastazol)
<input type="checkbox"/> Rivaroxaban
<input type="checkbox"/> Plavix
<input type="checkbox"/> Wafarin

◇アレルギーはありますか? คุณมีประวัติแพ้ยาหรือแพ้อาหารหรือไม่? (ใช่ · ไม่ใช่)

→ 「はい」と答えた方は薬・食べ物等分かる範囲でお書き下さい。

สำหรับท่านที่ตอบว่า "ใช่" กรุณาระบุชื่อยาหรืออาหารที่ท่านเคยมีประวัติแพ้

(_____)

◇鎮静剤の使用をご希望しますか?

คุณมีความประสงค์ที่จะใช้ยานอนหลับขณะส่องกล้องหรือไม่? (ใช่ · ไม่ใช่)

ขอรับรองว่าข้อมูลด้านบนเป็นความจริง

ลงชื่อ : _____