

問診票（胃内視鏡） Medical Questionnaire

受診日(Consultation Date) _____年year _____月month _____日day

下記の質問にお答えください。（はいYes・いいえNo）のどちらかを○で囲んで下さい。

氏名 Name		保険会社 Insurance	
------------	--	-------------------	--

◇今までに内視鏡の検査を受けたことはありますか？

Have you ever been taken a gastroscopy examination? （はい Yes ・ いいえ No）

◇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

Have you ever felt terrible when took an anesthesia? （はい Yes ・ いいえ No）

→「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。

Those who answer Yes, please explain your illness in the giving blank below.

(_____)

◇以下の疾患の中で治療しているものはありますか。（はい Yes ・ いいえ No）

- 心筋梗塞 myocardial infarction
- 狭心症 angina pectoris
- 緑内障 glaucoma
- 前立腺肥大 prostatic hyperplasia(男性のみ)

◇以下の薬剤の中で服用しているものはありますか。（はい Yes ・ いいえ No）

- Aspirin (ASA, Baby Aspirin) アスピリン
- Pletaal (Cliostrazol) プレタール
- Rivaroxaban イグザレルト(リバーロキサバン)
- Plavix プラビックス
- Wafarin ワーファリン

◇アレルギーはありますか？ Do you have any allergies? （はい Yes ・ いいえ No）

→「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。

Those who answer Yes, please write down about medicines or food that you get an allergy.

(_____)

◇鎮静剤の使用をご希望しますか？

Do you want to take anesthesia? （鎮静剤 Yes ・ 喉麻酔 No）

上記内容に誤りがないことを認めます。

署名： _____