

〈内視鏡検査同意書〉

今回の検査について、医師からの説明を十分理解し、必要であると判断されましたので、吉岡医院での実施を承諾いたします。

年 月 日

ご本人様

住 所

氏 名

今回が初めてですか？ はい ・ いいえ () 回目

*内視鏡の種類 (経口・経鼻・経鼻を口から)

*鎮静剤の使用 (希望する・希望しない)

必要があれば *ピロリ菌の検査 (希望する・希望しない)

*病理組織検査 (希望する・希望しない)

ご家族様または保証人様

住 所

氏 名

*以下の質問に当てはまるものに○を付けてください

<input type="checkbox"/>	歯科などの麻酔で気分が悪くなったことがある (キシロカインアレルギー)
<input type="checkbox"/>	緑内障 (眼圧が高い) と言われたことがある
<input type="checkbox"/>	前立腺肥大 (尿が出にくい) と言われたことがある (男性の方)
<input type="checkbox"/>	心臓が悪い (不整脈・心筋梗塞・狭心症など)
<input type="checkbox"/>	血流を良くする薬 (抗凝固薬) を飲んでいる ()
<input type="checkbox"/>	高血圧がある
<input type="checkbox"/>	糖尿病の治療中である (インスリン注射やお薬を飲んでいる)
<input type="checkbox"/>	脳梗塞と診断されたことがある (脳内出血の既往がある)
<input type="checkbox"/>	喘息がある
<input type="checkbox"/>	胸腹部の手術歴がある (食道・胃・大腸・胆嚢・その他 :)
<input type="checkbox"/>	妊娠中または授乳中である (女性の方)
<input type="checkbox"/>	お酒を飲む (たまに・しばしば・毎日・かなり)
<input type="checkbox"/>	タバコ 吸う・吸っていた
<input type="checkbox"/>	☆上記すべてに該当しない