

## 上部消化管内視鏡 鎮静確認問診票

安全のための確認です。以下のチェックリストに記入をお願いします。

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

会社名： \_\_\_\_\_ 記入日： \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

質問	はい	いいえ
1. 麻酔薬/鎮静薬で、アレルギーや具合が悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 重症筋無力症と言われたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 急に眼圧が上がるタイプの緑内障と言われたことがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. HIV の治療薬を飲んでいますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 重い肝臓の病気もしくは腎臓の病気がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 70 歳以上ですか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 肺の病気・息苦しさ・睡眠時無呼吸・強いいびきがありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 心臓の病気がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 眠剤・不安の薬・強い痛み止めを飲んでいますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 当日、車・バイク・自転車の運転はできません	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 現在、せき・発熱・体調不良がありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. 手術歴や現在通院している病気はありますか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.で「はい」と答えた方は病名をお書きください ( _____ )		
13. 医師の判断により、当日でも鎮静剤を使用できない場合があります	<input type="checkbox"/>	はい

上記について理解し同意しました

署名： \_\_\_\_\_ (※ご本人様による記入をお願いします)