

この用紙は、明日の午前中までに、FAXお願い致します。

## 上部内視鏡検査前チェックリスト（地域連携用）

予約患者名 \_\_\_\_\_ 様

生年月日 M T S H 年 月 日 ( 歳)

### 確認事項

緑内障	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )
心臓疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )
ECG異常	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )
前立腺肥大	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )
膵臓がん	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )
体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )
80以上	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )

### バイタルサイン

B.P.	mmHg	P	回/分
SpO <sub>2</sub>	%		

### 血液データ等

Hb mg/dl (データ無ければ記入不要)

### 静脈麻酔の希望

無  
有 → 検査後最低1時間安静了解済

### その他

送迎 有 (検査後連絡 付き添い有)  
無 (交通機関使用)

### 備考

### ボディチェック

<input type="checkbox"/> 義歯	<input type="checkbox"/> 指輪	<input type="checkbox"/> 湿布
<input type="checkbox"/> 時計	<input type="checkbox"/> ネックレス	<input type="checkbox"/> カバン
<input type="checkbox"/> ヘアピン	<input type="checkbox"/> ピアス	<input type="checkbox"/> イヤホン

\*上記のものは、検査中はずしていただくものです。  
検査当日、内視鏡室で確認させていただきます。

### 既往歴等

高血圧 無 有( )  
当日内服有 当日内服無

糖尿病 無 有( )  
内服治療中 → 本日もスキップ  
インシュリン療法中 → 本日もスキップ  
食事療法中 低血糖経験有

抗不整脈等 無 有( )

抗血栓薬 無 有 (心疾患 脳血管疾患 その他)  
/ より中止中  
指示にて中止不可

手術歴 無 有( 下記参照 )  
胃全摘 胃切除術  
乳房切除術 ( みぎ ひだり )  
胆嚢切除術  
婦人科手術 ( 卵巣・子宮・カテー )  
大腸切除術 ( )  
虫垂切除  
その他 ( )

### その他

### 生活習慣

飲酒 無 → 昔飲んでいた ( 合/日 本/日 )  
有 ( 合/日 本/日 )

ワッシャー 無 有

喫煙 無 → 昔すっていた ( 本/日 )  
有 ( 本/日 )