

新型コロナウイルス感染症に関する内視鏡診療について



新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行に伴い、当院では安全に検査を施行するために以下の問診へのご協力をお願いしております。
また、問診の結果、検査の延期をお願いすることもございます。
あらかじめご了承ください。

1. 現在の状態について

- ①発熱、咽頭痛、咳や痰などの風邪の症状はありますか？ はい・いいえ
- ②疲れやすい、倦怠感などの症状はありますか？ はい・いいえ
- ③味覚や嗅覚に異常を感じますか？ はい・いいえ
- ④4-5日続く下痢等の消化器症状はありますか？ はい・いいえ
- ⑤現在の体温は？ ℃

2. 感染リスクについて

- ①同居家族に上記1.の①②③④の症状がありますか？ はい・いいえ
- ②2週間以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国や地域への渡航または当該国・地域の在住者と濃厚接触がありましたか？ はい・いいえ
- ③2週間以内に「新型コロナウイルス感染者やその疑いがある人」との接触がありましたか？ はい・いいえ
- ④5日以内に5人以上の会食や、大規模なイベント、ライブハウス等の人の多いお店や接待を伴う外食店に行かれたことがありましたか？ はい・いいえ
- ⑦ワクチン接種はうけましたか？ 未、1回、2回、3回、4回

3. 新型ウイルス感染の既往について

- ① 新型コロナウイルスに感染したことがありますか？ はい・いいえ
- ② それはいつごろですか？ 頃

検査日： 年 月 日 ご氏名

胃の検査を受けられる方へ

(問診票)

年 月 日

お名前 _____

検査を円滑かつ安全に行うために、以下の質問にお答え下さい。

あてはまる項目に○印つけて下さい。

- 今日の体調は、いつもと変化がありませんか？ (はい・いいえ)
- 胃の内視鏡検査を受けるのは初めてですか？ (はい・いいえ)
「いいえ」と答えた方は、前回受けたのはいつですか？ (忘れた・ 年 月)
- 検査を受けたことがある方は、検査時・検査後に具合が悪くなりましたか？
(特になし・冷汗・はきけ・めまい・動悸・尿が出にくい・その他 _____)
- 歯科受診時の歯の麻酔で気分が悪くなったことがありますか？ (はい・いいえ)
- 今までに薬で具合が悪くなったり、アレルギーが出たことがありますか？ (はい・いいえ)
「はい」と答えた方で、薬品名がお分かりになればお書き下さい。 _____
- 血が止まりにくくなる薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)
「はい」と答えた方で、薬品名がお分かりになればお書き下さい。 _____
また、飲んでいたら中止されましたか？ (はい・いいえ)
「はい」と答えた方は、何日前から中止されましたか？ _____ 日前
- 心臓の病気がありますか？ (ない・不整脈・狭心症・心筋梗塞・その他 _____)
- 心臓の薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)
- 血圧が高いですか？ (高血圧がありますか？) (はい・いいえ)
- 眼圧が高いですか？ (緑内障ですか？) (はい・いいえ)
- 尿が出にくいですか？ (前立腺肥大ですか？) (はい・いいえ)
- 糖尿病ですか？ (はい・いいえ)
- 検査の結果、悪性(がん)であった場合、告知を希望されますか？ (はい・いいえ)

☆患者様が楽に検査を受けられるように、当院では経鼻内視鏡(鼻からの内視鏡検査)や鎮静剤の使用を行っております。

☆しかし鼻の穴がせまい方は、経鼻内視鏡時にまれに鼻出血をきたし、内視鏡自体が入れない場合があります。鼻出血のほとんどはすぐ止まりますし、鼻から入らない場合は口から入れるほうに変えられます。

☆また、胃内視鏡検査では、鎮静剤を使用させていただくこともできます。鎮静剤の使用により、多くの方は眠くなって痛みが和らげられ、楽に検査が終わることが出来ます(個人差がありますので鎮静剤が効きにくい場合もあります)。検査後はふらつきがあるため、病院で休憩してから帰宅して下さい。また、自動車などの運転はお控え下さい。

- どちらを希望されますか？ [経鼻内視鏡(鼻から) ・ 経口内視鏡(口から)]
- 鎮静剤を希望されますか？ (はい・いいえ)
- ピロリ菌の検査を希望されますか？ (はい・いいえ・医師に任せる)

【女性の方】

- 妊娠していますか？または、その可能性がありますか？ (はい・いいえ)