胃瘻交換　問診票

以下の項目にチェックを入れてください。ご不明の点はご連絡ください。　2017/08改訂

Ⅰ　どのような方法で移動されますか。
○　単独歩行できる　○　介助により歩行できる
○　車いす　○　ストレッチャー

Ⅱ　身長・体重
[　　] ｃｍ　[　　] ｋｇ　（計測日　　年　　月　　日）

Ⅲ　以下のことがありますか。（複数可）
□　ふらつき　□　難聴　□　弱視
□　認知機能低下　□　日本語不可

Ⅳ　感染症はありますか
○　無
○　有（　MRSA　梅毒　HCV　HBｓ　）

Ⅴ　アレルギーはありますか
造影剤（ヨードなど）アレルギー　○　無　○　有
アルコール消毒アレルギー　○　無　○　有

Ⅵ　治療中の病気はありますか（複数可）
□　特になし　□　高血圧症　□　狭心症
□　心筋梗塞　□　不整脈　□　脳梗塞
□　脳出血　□　糖尿病　□　緑内障
□　前立腺肥大症　□　甲状腺機能亢進症　□　喘息
□　鼻疾患　□　その他（　　）

Ⅶ　開腹手術を受けたことはありますか
○　無　○　有（　部位：　　）

Ⅷ　抗血栓剤を飲んでいますか
○　飲んでいない　○　飲んでいる（薬名：　　）

Ⅸ　胃瘻交換を受けたことがありますか
○　今回初めて　→　抜鈎器（ばっこうき）が必要（ひつよう）な場合（ばあい）があります。
お問合せください。
○　有　→　前回受けた施設
○　当院
○　その他の病院　（　　）
前回受けた日時（　　年　　月　　日）

Ⅹ　胃カメラの検査を受けたことがありますか
○　今回が初めて
○　2回目以上　前回は　○　経口　○　経鼻　○　両方
○　不明

Ⅺ　歯科の麻酔で気分が悪くなったことはありますか
○　無　○　有

Ⅻ　入れ歯やグラグラした歯はありますか
○　無　○　有（　部位：　　）

ご協力ありがとうございました。

地域連携・医療福祉相談室（TEL052-932-0195）